Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada

1995 Annual Report

Canada Communicable Disease Report - *Supplement* Vol. 24S1 February 1998

Français

Prepared by the Division of STD Prevention and Control
Bureau of HIV/AIDS and STD
Laboratory Centre for Disease Control
Health Protection Branch
Health Canada

Table of Contents

List of Figures

List of Tables

Highlights: Sexually Transmitted Diseases (STDs) in Canada

Introduction

Genital Chlamydia

Gonorrhea
- Resistant Strains of *Neisseria gonorrhoeae*

Syphilis
- Infectious Syphilis
- Non-Infectious Syphilis (Syphilis, Other)
- Congenital Syphilis

Human Papillomavirus

Herpes

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

Pelvic Inflammatory Disease

References

Annexes

Acknowledgements

The production of this report would not have been possible without the participation of reporting physicians, the provincial and territorial directors of STD control and their personnel who contributed data. The provincial and territorial authorities, through the Bureau of Disease Surveillance, Laboratory Centre for Disease Control (LCDC), Health Canada, provided the core data on gonorrhea, syphilis, chlamydia and chancroid. The incidence and mortality rates on cancer of the cervix, the number of cases of pelvic inflammatory disease (obtained from hospital separation forms), the number of live births and the population figures originated from Statistics Canada. The data on antibiotic resistance were obtained from the Bureau of Microbiology, LCDC. The Division of HIV/AIDS Surveillance, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, provided information and data on AIDS. The National Laboratory for Viral Oncology, LCDC, contributed the data on human papillomavirus (HPV), and the National Laboratory for Viral & Zoonotic Diseases forwarded the data on genital herpes.

We also acknowledge the LCDC's Dissemination Division for assisting in editing and printing and for posting on the Internet.

Division of STD Prevention and Control
Bureau of HIV/AIDS and STD
Brooke Claxton Building
Level 01, Tunney's Pasture
Postal Locator 0900B1
Ottawa, Ontario, Canada
K1A 0K9

Tel.: (613) 957-1787
Fax #: (613) 957-0381
Internet address: http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah

[Top of Page] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

[Table of Contents]

List of Figures

Figure

1. STDs: Proportion of Total Reports of Nationally Notifiable Diseases, Canada, 1995

2. Reported Cases of Sexually Transmitted Diseases, Canada, 1991-1995

3. Reported Genital Chlamydia: Incidence per 100,000, Canada, 1991-1995

4. Reported Genital Chlamydia: Incidence per 100,000 by Age and Sex, Canada, 1995

5. Reported Genital Chlamydia: Incidence per 100,000 by Province/Territory, 1995

6. Reported Gonorrhea: Incidence per 100,000, Canada, 1990-1995

7. Reported Gonorrhea: Incidence per 100,000 by Age and Sex, Canada, 1995

8. Reported Gonorrhea: Incidence per 100,000 by Province/Territory, 1995

9. Proportion of Gonococcal Isolates with Plasmid and Chromosomally Mediated Resistance, Canada, 1990-1995

10. Number of Cases of Plasmid Mediated Resistant *N. gonorrhoeae*, Canada, 1985-1995

11. Reported Infectious Syphilis: Cases by Age and Sex, Canada, 1995

12. Reported Infectious Syphilis: Incidence per 100,000 by Sex, Canada, 1993-1995

13. Reported Infectious Syphilis: Incidence per 100,000 by Age and Sex, Canada, 1995

14. Reported Infectious Syphilis: Incidence per 100,000 by Province/Territory, 1995

15. Reported Syphilis, Other: Incidence per 100,000 by Sex, Canada, 1995

16. Reported Syphilis, Other: Incidence per 100,000 by Age and Sex, Canada, 1995

17. Reported Syphilis, Other: Incidence per 100,000 by Province/Territory, 1995

18. Reported Congenital Syphilis in Infants (< 1 year): Incidence per 100,000 Live Births, Canada, 1992-

1995.

101-00063/

19. Cervical Cancer: Incidence and Mortality per 100,000 Females, Canada, 1990-1995

20. Number of Positive Herpes Specimens by Type, Canada, 1990-1995

21. AIDS: Reported Cases by Age Group, Canada, 1995

22. Reported AIDS Cases by Exposure Category, Canada, 1995

23. Reported AIDS: Incidence Rate per 100,000 by Region, Canada, 1995

24. Hospital Separations for Pelvic Inflammatory Disease: Incidence per 100,000 Females by Age, Canada, 1983/84-1993/94

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]

Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada 1995 Annual Report

Highlights : Sexually Transmitted Diseases (STDs) in Canada

- During 1995, there were a total of 44,176 reported cases of STDs, including AIDS, in Canada. STDs represented 36% of all notifiable diseases (Figure 1).
- Genital chlamydia became a notifiable disease in 1990. In 1995, it accounted for 30.3% of all reported cases of notifiable diseases and was the most commonly reported (84%) sexually transmitted disease.
- Between 1991 and 1995 the number of cases of chlamydia reported nationally decreased by 26.8%.
- Women were most affected by chlamydia infections. They represented 75.8% of all genital chlamydia cases reported for 1995. Among them, females aged 15 to 19 years had the highest rate, at 1,109.1 cases per 100,000, which was 9 times the national rate (Figure 4).
- Among men, those aged 20 to 24 years old had the highest rate of chlamydia (335.6 per 100,000), which was 2.6 times the national rate (127 per 100,000).
- The Northwest Territories reported a rate of chlamydia of 1,388.5 cases per 100,000 population and a rate of gonorrhea of 189.9 cases per 100,000 population (Figures 5 and 6). These rates were respectively 11 and 10 times higher than the national rate.
- Since 1990, the number of reported cases of gonorrhea has dropped by 60%. In 1995, the rate was 17.9 cases per 100,000 population (Figure 6). Gonorrhea, including gonococcal ophthalmia neonatorum, represented 4.3% of the total reports of nationally notifiable diseases (Figure 1).
- There were 11 cases of gonorrhea in children <10 years of age, excluding 18 cases reported as gonococcal ophthalmia neonatorum. A total of 56 cases of chlamydia were reported in 1995 for children from birth to 1 year of age, and 24 cases were counted for children aged 1 to 9 years. Seventy percent of the reported cases were aged between 0 and 1 year.
- In 1995, 1,402 cases of antibiotic resistant *Neisseria gonorrhoeae* were reported. The proportion of gonococcal isolates that are resistant has increased over time (Figure 9).
- Some isolates of *N. gonorrhoeae* (<1%) are now showing a reduced susceptibility to ciprofloxacin, which belongs to the group of fluoroquinolones (Table 1).
- Aggregated cases of syphilis for 1995 represented 0.5% of the total reports of notifiable diseases (Figure 1),

with a rate of 0.5 cases per 100,000 population.

- The highest reported syphilis rates were for men and women aged 20 to 24 years with respectively 1.4 cases per 100,000 male population and 1.2 cases per 100,000 female population (Figure 13).
- Saskatchewan had a reported rate of infectious syphilis of 1.9 per 100,000 population. The Northwest Territories, Yukon and Prince Edward Island did not report any cases in 1995 (Figure 14).
- The number of cases of non-infectious syphilis (syphilis, other) has dropped by 36.7% since 1993. A total of 434 cases were reported, and the overall Canadian rate is 1.5 cases per 100,000 population (Annex 1).
- Only 2 cases of congenital syphilis were reported in 1995. The disease has been declining since 1992, to reach 0.5 cases per 100,000 live births (Figure 18).
- Human papillomavirus (HPV) is sexually transmitted and is linked with uterine cervical cancer. Between 1990 and 1995, the overall age-standardized reported incidence rate for cervical cancer fell by 21%, from 10.5 cases to 8.3 cases per 100,000 women (Figure 19). HPV is not a nationally notifiable disease, hence it is difficult to estimate its true incidence in Canada.
- There was a slight increase of 3.8% in specimens found to be positive for herpes in 1995. Between 1990 and 1995, there was an increase of 31.5% in the proportion of positive specimens for herpes simplex 1 and 2 (Figure 20).
- The rate of hospital discharges for pelvic inflammatory disease (PID) decreased by 55% from 1984 to 1993, from 281.2 to 125.5 per 100,000 population. In 1993/1994, women aged 25 to 34 had the highest PID rate (147.9/100,000), as compared with previous years when women aged 20 to 25 had the highest rate. Hospital discharge data may underestimate the incidence of PID because they do not include cases diagnosed and treated outside hospitals, and some PID cases are atypical and even asymptomatic (Annex 4).

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]

Last modified June 5, 1998

Canada

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

[Table of Contents]

Introduction

This report contains information on the distributions and trends of notifiable sexually transmitted diseases in Canada and of some others, such as herpes simplex, pelvic inflammatory diseases and human papillomavirus infection, which are not among the notifiable diseases.

Four sexually transmitted diseases (STDs) are nationally notifiable: chlamydia, gonorrhea, syphilis and chancroid (chancroid is not discussed in this report since only one case was reported for 1995). AIDS and hepatitis B can be transmitted sexually and are nationally notifiable; responsibility for these diseases within Health Canada lies respectively with the Division of HIV/AIDS Surveillance and the Division of Bloodborne Pathogens.

The aggregate data used in this annual report are reported to LCDC by the provinces and territories. Because of reporting delay, information on cases of STD diagnosed in 1995 was collected until February 1997. Every effort is made to ensure the accuracy of the surveillance of STDs. Because in many cases sexually transmitted diseases are asymptomatic, many people may not seek treatment. As a result, the number of cases reported and the case rate are underestimates of the true incidence of STDs in Canada.

Although complete reporting is optimal, reporting need not be complete in order to be useful. Estimates of the true incidence of disease can be calculated using parameters from population-based studies. High-risk groups can be identified. Trends in disease patterns can be assessed and may be useful in planning prevention strategies and in program evaluations. Since the early 1980s, the numbers of reported cases and rates of bacterial STDs, most notably gonococcal infections and syphilis, have been decreasing. A decade ago, the rate for syphilis and gonorrhea was respectively 5.2 and 9 times higher than the 1995 rate. As well, since the mid-1980s hospitalizations for pelvic inflammatory disease have been decreasing. The absolute number of hospitalizations for ectopic pregnancy began to decrease in the early 1990s.

Sexually transmitted diseases remain an important public health problem in Canada. The STD figures for 1995, including those for AIDS, represent more than a third (36%) of all notifiable diseases, as compared with 23.8% in 1987 (Figure 1). Chlamydia is mainly responsible for the increased proportion of STDs and is currently the most commonly reported STD in Canada (84% of all STD cases) (Figure 2). Young women bear the burden of chlamydia and are often unaware of their infection. The sequelae that may develop include pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy and infertility, which cause unnecessary pain and suffering.

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Genital Chlamydia

Chlamydia infections are caused by the bacterium *Chlamydia trachomatis*. Clinically, genital chlamydia may present in males as a urethritis and in females as a mucopurulent cervicitis[1]. In women (and perhaps men), 50% to 70% of chlamydia infections are often clinically silent. Unrecognized and untreated infections can remain with the host for months and can be transmitted to sex partners[2]. For females, complications resulting from untreated or under-treated chlamydia can be severe: ectopic pregnancy (30%)[3], pelvic inflammatory disease (25%-65%)[4] and infertility. Vertical transmission of chlamydia is the primary pathogen responsible for infant infectious conjunctivitis (40%) and infant pneumonia (73%)[5]. The morbidity of chlamydia and its associated costs make chlamydia infections an important public health issue. Genital chlamydia has been the most commonly reported sexually transmitted disease in Canada since becoming a notifiable disease in 1990.

In 1991, data were collected from nine provinces/territories only, with a total reported number of 39,003 cases. If the same rate were assumed for the missing provinces/territories, the number of cases would have been 51,264 for 1991. There were 37,551 reported cases in 1995, which indicates a 26.8% drop in the number of cases reported nationally over the last 5 years, using the estimated figures of 1991. The incidence rate based on actual reported cases dropped by 30.3%, from 182.2 cases per 100,000 population in 1991 to 127 cases per 100,000 in 1995 (Figure 3).

Females represented 75.8% of genital chlamydia cases reported in 1995. The under-representation of males is most likely due to the high proportion of asymptomatic cases (for which medical intervention was not sought) and the lack of screening opportunities compared with those for women.

In 1995, 70.3% of all reported cases were between the ages of 15 and 24 years (Annex 2). Females in the 15-19-year age group had the highest reported rate, of 1,109.1 cases per 100,000, which was almost 9 times the national rate. The highest reported rate for males was 335.6 cases per 100,000 in the 20-24-year age group, 2.6 times the national rate (Figure 4).

Regionally, the Northwest Territories (NWT) reported a rate of infection of 1,388.5 cases per 100,000 population, an incidence 11 times higher than the national rate (127/100,000). The NWT was followed by the Yukon (518.0/100,000) and Manitoba (264.4/100,000). Newfoundland had a low rate of 47.5 cases per 100,000 population (Figure 5).

Over the past several years, there have been substantial advances in the diagnostic technology of sexually transmitted diseases — for example, DNA amplification methods, such as polymerase chain reaction (PCR) and ligase chain reaction (LCR). These tests have the advantage over the current culture methods in that non-invasive samples (e.g., urine) can be used. As well, the tests have proven to be more sensitive at detecting low-level infections than the current methods[6,7] without compromising specificity[8]. Furthermore, the PCR tests may define a group of patients whose infection with *C. trachomatis* could have been missed by conventional assay methods — as for groups of men aged 24 years and over[9].

[LCDC] [Contact] [Français]

Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Gonorrhea

Gonorrhea is caused by the bacterium *Neisseria gonorrhoeae*. In males, gonorrhea often presents as a urethritis with an associated dysuria. Most infected women have no initial symptoms, although urethritis or cervicitis could develop a few days after exposure. Approximately 20% of affected women will have uterine invasion resulting in endometritis, salpingitis or pelvic peritonitis. If not treated or under-treated, pelvic inflammatory disease and infertility can result[1].

Reported rates of gonorrhea have been steadily declining since 1981. Since 1990 the number of reported cases of gonococcal infection has dropped by 60% (Figure 6). Between 1990 and 1995, the rate of reported cases fell from 52.0 cases to 17.9 cases per 100,000 population, a drop of 65.6%.

In 1995, more cases of gonococcal infection were reported in males than females: 57.8% and 42.1% respectively (in 0.1% of cases, no gender was specified).

Fifty one percent of reported cases were between the ages of 15 and 24 years, and 39% were between the ages of 25 and 39. The highest reported rate, 87.7 cases per 100,000, was for females aged 15-19 years (Figure 7). The highest rate for males was 70 cases per 100,000 in the 20-24-year age group.

According to the data reported, the Northwest Territories had an incidence rate of 189.9 cases per 100,000, and Prince Edward Island did not report any cases. As in the case of chlamydia, the provinces most affected by gonorrhea were, in decreasing order, the Northwest Territories, Yukon and Manitoba (Figure 8).

The existence of STD "core" groups is an important factor in the persistence of endemic gonococcal infections. Such groups have been previously identified as the reservoir of transmission and often the source of STDs[5]. Core groups are a subset of the population who change sexual partners frequently enough to regularly acquire and transmit STDs [10]. Sex workers, persons in detention facilities, the homeless, migrant workers and other disenfranchized persons represent core transmitters of STD in the population[11]. In the United States, core groups have been identified as representing approximately 1% of the population, and they account for over 50% of reported gonococcal infections[12]. Other factors contributing to the STD epidemic are previous STD infection, low socio-economic status, age and ethnic group, geographic clustering in urban centres[13,14], limited access to health services, substance use and sexual abuse [11]. Further research is needed to assess and describe core groups in Canada to facilitate the implementation of appropriate interventions aimed at reducing and ideally eliminating indigenous gonococcal infections.

Resistant Strains of *Neisseria gonorrhoeae*

Since 1976, the National Laboratory for STD has collected and collated data on cases of antibiotic resistant *Neisseria gonorrhoeae* in Canada. In 1976, one case of penicillinase-producing *N. gonorrhoeae* (PPNG) was detected. By 1995, this number had grown to 128 cases of PPNG, 223 cases of both penicillin and tetracycline resistant *N. gonorrhoeae* (PP/TRNG), 904 cases of tetracycline resistant strains and 147 isolates with chromosomally mediated resistance.

Current data show a changing pattern regarding resistant strains of *N. gonorrhoeae* (Figure 9). There was a steady

increase in the number of isolates of plasmid mediated resistant *N. gonorrhoeae* (PPNG) from 1985 to 1990. Around 1988 a combined penicillin and tetracycline resistance (PP/TRNG) was reported, and this pattern of resistance was on the rise until 1991.

Because of the high proportion of gonorrhea cases co-infected with chlamydia, the 1988 edition of the Canadian STD guidelines introduced dual therapy (penicillin and tetracycline) for gonorrhea and chlamydia when gonorrhea infection is being treated (the dual therapy is recommended only in the treatment of gonorrhea; when chlamydia alone is suspected treatment should be of chlamydia only). The reported data, as illustrated in Figure 10, show that resistance to tetracycline (TRNG) continued to increase from 1988 to 1994 and then showed a slight decline in 1995.

The 1992 edition of the Canadian STD treatment guidelines[15] maintained the dual therapy recommendation and proposed to treat uncomplicated gonorrhea with two classes of antibiotics: cephalosporins and fluoroquinolones. These antibiotics were effective against both penicillin and tetracycline resistant strains. The number of cases of gonorrhea resistant to penicillin has continued to decrease in a significant manner since 1992 (Figure 10).

The Bureau of Microbiology, LCDC, has reported isolates of *N. gonorrhoeae* showing a reduced susceptibility to ciprofloxacin (minimum inhibitory concentration range 0.125-0.5 mg/L to >=1.0 mg/L). Between 1993 and 1995 there was an increase of almost 60% in the number of isolates with a decreased susceptibility to ciprofloxacin, although the absolute number of isolates remains low (Table 1).

Table 1
***Neisseria gonorrhoeae* with reduced susceptibility to ciprofloxacin**

Year	MIC Range (mg/L)		Total No.
	0.125 to 0.5	>=1.00	
1993	30	2	32
1994	59	5	64
1995	36	15	51

Note: Isolates with reduced susceptibility to ciprofloxacin may include isolates that are PPNG, TRNG, CMRNG or otherwise susceptible to all antimicrobials tested by the National Laboratory for STD

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Syphilis

Syphilis is caused by the spirochete *Treponema pallidum*. Disease progression is divided into the following stages: primary, secondary, early latent, late latent and tertiary (cardiosyphilis, gummatous syphilis, neurosyphilis)[16,17]. Syphilis has traditionally been classified in two ways: by clinical manifestation and by infectivity. The clinical manifestation method categorizes the disease into early symptomatic (primary and secondary syphilis) and other syphilis (early latent, late latent and tertiary). The infectivity method classifies the disease into infectious syphilis (primary, secondary and early latent), non-infectious syphilis (late latent and tertiary) and congenital syphilis. The more useful method for disease surveillance is the infectivity method of classification, which allows the estimation of risk of disease transmission[16,17]. Before 1993, LCDC received aggregate data by clinical manifestation. The classification of syphilis in this report is made according to infectivity.

Infectious Syphilis

Infectious syphilis is defined in the Canada Communicable Disease Report[16] as arising when contact with an infectious individual may lead to the transmission of disease. Early latent syphilis is included under infectious diseases as potentially infectious to contacts during relapses. The number of reported cases of infectious syphilis by age and sex in Canada in 1995 is shown in Figure 11.

In 1995, the infectious syphilis rate for Canada was 0.5 cases per 100,000 population. This rate has remained virtually unchanged since 1993. The male rate increased between 1993 and 1994 and then decreased by the same amount from 1994 to 1995, representing an overall change of 0%. The female rate dropped from 0.5 to 0.4 cases per 100,000 from 1993 to 1995, a 20% decrease (Figure 12).

Sixty-two percent of reported cases were male and 38% were female (Annex 1); 64% of reported cases were between the ages of 20 and 39 years. Males between the ages of 20 and 24 years had the highest reported case rate, at 1.4 cases per 100,000 male population. The highest ratefor females was in the 20-24-year range, at 1.2 cases per 100,000. There was no significant difference between the rates of the 15-19-year and the 25-29-year female groups. Both had a rate of 1.1 per 100,000 population (Figure 13).

Regionally, Saskatchewan reported a rate of infectious syphilis of 1.9 cases per 100,000 population. Prince Edward Island, the Yukon and the Northwest Territories reported no cases of infectious syphilis in 1995 (Figure 14).

Non-Infectious Syphilis (Syphilis, Other)

This disease category was changed in 1993 to include late latent, tertiary and non-specified syphilis cases.

In 1995, 434 cases of syphilis, other, were reported in Canada, down 36.7% from the 686 cases reported in 1993. During this time, the reported case rate dropped 37.5%, from 2.4 to 1.5 cases per 100,000 in 1993 and 1995 respectively. There was a slight difference in the overall male and female rates in 1995, at 1.5 and 1.4 cases per 100,000 respectively (Figure 15).

The groups most affected were men aged 25-29 and 30-39 years with a rate of 2.4 cases per 100,000 and women belonging to the age groups 20-24 years and 25-29 years with respective rates of 2.1 and 2.3 cases per 100,000 population (Figure 16). In 1995, 51% of cases were male and 49% were female. Seventy-eight percent of reported cases were >= 30 years.

In 1995, Ontario reported a provincial rate of 2.6 cases per 100,000 population. Newfoundland, Prince Edward Island, British Columbia, the Yukon and the Northwest Territories reported no cases (Figure 17).

Congenital Syphilis

Congenital syphilis is caused by the vertical transmission of *Treponema pallidum* from an infected woman to her fetus. Fetal infections frequently result in spontaneous abortions or stillbirths and preterm deliveries. Neonates and infants born with congenital syphilis have a higher risk of infant mortality due to low birth weight and generalized systemic diseases. The disease is often asymptomatic in the first few weeks of life[1]. Although congenital syphilis may not be diagnosed until later in life, the case definition applies to neonates and infants < 1 year of age[17]. Accordingly, the appropriate denominator for calculating the rate of congenital syphilis among infants is the number of live births.

In 1995, two cases of congenital syphilis in infants < 1 year of age were reported in Ontario, one male and one female (Figure 18). From 1992 to 1995 the majority of the cases registered were from the provinces of Ontario and Quebec; Alberta was the only other province, declaring one case of congenital syphilis in 1994.

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada 1995 Annual Report

Human Papillomavirus

Human papillomavirus (HPV) is a small, non-enveloped DNA virus. More than 70 types have been identified, of which approximately 25 genital HPV types are mainly sexually transmitted. Condoms can reduce the risk of transmission but are not fully protective. Women can transmit HPV to their new-borns during delivery, who might develop respiratory laryngeal papillomatosis (RLP).

Genital warts are not nationally notifiable; they are estimated to have a prevalence of 2% among sexually active Canadian women[18]. The majority of HPV infections are benign and transient, regressing spontaneously within months to years. Recent evidence suggests, however, that a small subset of women cannot clear the HPV infection; type-specific persistent HPV in these women is the biologic precursor to cervical cancer. Flat lesions of the cervix and latent infections may harbour persistent HPV types and progress to cervical cancer. The treatment of genital warts and flat lesions of the cervix is useful for cosmetic reasons and for reducing transmission to sexual partners[19-28].

HPV is not currently under any systematic surveillance in Canada; therefore, its prevalence is unknown. Prevalence studies in the United States and Europe have shown that 10% to 40% of sexually active women are infected by HPV at any one time.

Types 6 and 11 are associated with external genital warts and laryngeal papillomatosis; types 16, 18, 31, 33 and 35 are associated with cancer of the cervix[19,20]. Accordingly, incidence rates of cervical cancer can be used as a substitute measure for specific genotypes of HPV. Although using this measure underestimates the true prevalence of HPV, it may be helpful in identifying trends. In 1995, cancer was the second leading cause of death for men and women in Canada[37] "Cancer of the cervix is the second most common cause of cancer and cancer death in women worldwide" especially in developing countries[29,30].

Between 1990 and 1995 the age-standardized incidence rate for cervical cancer among all women decreased from 10.5 to 8.3 cases per 100,000 women, a drop of 21% (Table 2). The corresponding mortality rates over the same period dropped by 18.6% (Figure 19), most probably because of the fall in incidence rate[31].

At physicians' request, the National Laboratory for Viral Oncology, Bureau of Microbiology, Health Canada, tested and analyzed 1,056 cervical specimens for HPV in 1995. Of the total sample, 63% were negative; among the positive ones, 63% (244/387) were HPV 16 (Table 3).

Table 2
Cancer of the cervix: rates per 100,000 females in Canada, 1990-1995

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Incidence Rate	10.5	9.6	9.4	9.00*	8.7*	8.30*
Mortality Rate	3.7	3.6	3.02	3.26	3.4	3.01*

Reference code: 65 of the Canadian Diagnostic Short List or ICD-9 180. All rates are age-standardized.
*Estimated rates. Source: Health Statistics Division, Statistics Canada.
Prepared by the Division of STD Prevention & Control/Bureau of HIV/AIDS & STD

Table 3
Cervical specimens: typing of HPV, 1995

Province	Negative	HPV 11	HPV 16	HPV 16 and 18	HPV18	Other	Not Suitable for Testing
ON	384	1	109	6	12	36	1
SK	282	2	135	9	18	59	
NF	2						
Total	**668**	**3**	**244**	**15**	**30**	**95**	**1**

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Herpes

Herpes simplex virus (HSV) is not a reportable disease in Canada, and knowledge of the seroprevalence of HSV is limited. The number of specimens found to be positive for herpes, according to the Bureau of Microbiology, LCDC, increased by 12.5% from 1990 to 1991. The number decreased from 1992 to 1994, but in 1995 there was a slight increase of 3.8% compared with the number of positive herpes specimens in 1990. As HSV is not being reported, incidence rates and trends cannot be ascertained from the number of laboratory tests.

What has changed is the distribution in the types of specimens that are positive for HSV. In 1995, 16,189 specimens were positive for herpes: 9.3% for herpes group, 7.1% for herpes simplex non typed, 40.4% for herpes simplex 1, and 43.2% for herpes simplex 2 (Annex 3). Between 1990 and 1995, there was an increase of 31.5% in the proportion of positive herpes specimens that were typed specifically for herpes simplex 1 and 2 (Figure 20) (Annex 3). Data are no longer collected for sex, age or site of lesion.

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

As reported up to June 30, 1996, 1,180 cases of AIDS were diagnosed in 1995; 91% of these cases were adult males, 7% were adult females, and 1.4% were pediatric cases (< 15 years of age). Forty-six percent were in the 30-39 year age group, and 38% were in the 40-59 year age group (Figure 21).

When adjusted for reporting delays and underestimates, the number of cases reported (1,180) in 1995 would be 2,314 (with 95% confidence levels).

In 1995, the most common exposure categories reported for adults (Figure 22) were as follows:

- men who have sex with men (796 cases);
- heterosexual contact with a person at risk of HIV infection or who is infected with HIV (95 cases);
- injection drug use (79 cases);
- men who have sex with men and are injection drug users (59 cases); and
- heterosexual contact with a person in a pattern II country, i.e. countries in which the predominant means of transmission is heterosexual (50 cases).

In 61 cases there was no identified risk factor. Recipients of blood and clotting factor accounted for 2 out of 17 pediatric cases. Perinatal transmission accounted for 13 cases, and for 2 cases the risk factor was not specified.

Regionally, Ontario, Quebec and British Columbia reported the majority of cases in 1995, with 444, 363 and 209 cases respectively. The incidence rate per 100,000 population was 8.1 for Ontario, 12.7 for Quebec and 7.4 for British Columbia. The Prairies and Territories region, including Saskatchewan, Manitoba, Yukon and the Northwest Territories, had the lowest number (25) of reported cases in Canada with an incidence rate of 1.4 cases per 100,000 population. The Atlantic region, including Newfoundland, Prince Edward Island, Nova Scotia and New Brunswick, had an incidence rate of 2.7 cases per 100,000 population (47 reported cases). In Alberta the incidence rate was 3.8 cases per 100,000 population (92 reported cases) (see Figure 23).

For more details, consult the Division of HIV/AIDS Surveillance Annual Report[32] and the quarterly surveillance updates (published by the Division of HIV/AIDS Surveillance, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC) or the Internet at the following address: http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/surv/index.html

Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

[Table of Contents]

Pelvic Inflammatory Disease

Pelvic inflammatory disease (PID) is inflammation of the internal female genital organs. About 10% of women have had at least one episode of PID in their life time[5]. It is estimated that 75% to 85% of PID cases are caused by sexually transmitted diseases and, of these, gonorrhea and chlamydia infections are responsible in 20% to 40% and 25% to 65% of cases respectively[5]. The sequelae of PID can be severe: chronic pelvic pain, ectopic pregnancy and tubal infertility. Approximately 15% of women who have had PID become infertile after one episode and 30% after two infections. The costs of PID infections (ICD-9 code 614) in Canada are substantial. On the basis of 1984/85 hospital morbidity statistics, the total cost for hospital and outpatient care was estimated at more than $140 million, and this did not include the costs associated with investigating chronic pelvic pain. At that time, the average hospital stay was 6.2 days, and 40% of patients underwent surgery[33]. Goeree and Gully estimated the number of inpatient and outpatient cases of PID in Canada during 1990 to be 100,000[4]. The average length of hospital stay was calculated as 4.2 days and the cost estimated at $57,792,796. The variation in the estimates of PID costs from one study to another can be attributed, in part, to the methodologies used. Studies have investigated a wide range of variables, among which some relate to the specific time period for the estimate; the cost of illness, disease or disability; the costs associated with new cases and with the sequelae of cases from a previous period; hospitalization rate; ambulatory treatment; and productivity losses.

PID is not a reportable condition in Canada. Its true incidence and prevalence are unknown. Data are extracted from hospital discharge data (Canadian Institute of Hospital Information or CIHI). Only those cases that are severe enough to be hospitalized are counted; less severe cases treated out of hospital are not included. Also, these data reflect the number of hospital discharges, not the number of cases. Women hospitalized for PID more than once for the same infection in one fiscal year are counted for each hospital discharge. This would affect the real incidence rate. The incidence rates have been calculated per 100,000 females by selected age groups using population data from Statistics Canada.

Nationally, hospital-treated PID case rates for women aged 15-44 have been decreasing since the early 1980s. The rate fell from 281.2 per 100,000 in 1984/85 to 125.5 per 100,000 in 1993/94, a drop of 55.4% (Figure 24). Up until 1992/93, women aged 20-24 had the highest PID rates. Since then, women aged 25-34 have had the highest rates, at 147.9 per 100,000 in 1993/94. Women aged 20-24 had a rate of 141.7 per 100,000 in 1993/94. Women aged 15-19 and 35-44 had the lowest rates, at 125.5 and 110.1 per 100,000 respectively. Women aged 20-24 experienced the largest drop in PID rates between 1984/85 and 1993/94; the rate fell from 385.9 to 141.7 per 100,000, a drop of 63.2%.

Women aged 15-19 demonstrated the second largest drop in PID rates, which fell by 60.7% between 1984/85 and 1993/94. The age group with the smallest decline in PID rates was the 35-44 year group; this rate dropped by 35.0% in the same 10-year period. However, the age-adjusted rates for PID have been converging since the mid-1980s (Annex 4).

The rate of hospital discharges for PID decreased by 55.5% between 1984 and 1993, from 281.8 to 125.5 per 100,000 population. Several factors could explain the decline in PID rates in the past decade. A true decline in PID prevalence could have occurred. Decreasing gonococcal infection and chlamydia rates tend to support this conclusion. Another explanation is that the decline is an artefact of the data collection method. If more PID cases are now being diagnosed and treated outside the hospital setting than they were 10 years ago, then an artificial decrease in PID rates would be apparent, because the only data available are hospital data[4,5,33]. Most PID cases are atypical or show mild or no symptoms; therefore, fewer people seek medical intervention. This factor would also contribute to a decrease in the

PID prevalence rates[34-36].

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]

Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada 1995 Annual Report

References

1. Benenson AS, editor. *Control of communicable diseases in man* (16th ed.). Washington, DC: American Public Health Association, 1995.

2. Peeling RW, Brunham R. *Chlamydia as pathogens: new species and new issues*. Emerg Infect Dis 1996;2:Oct-Dec.

3. Kosseim M, Brunham RC. *Fallopian tube obstruction as a sequela to **Chlamydia trachomatis** infection.* Eur J Clin Microbiol 1986;5:584-90.

4. Goeree R, Gully P. *The burden of chlamydial and gonococcal infection in Canada*. In: *Prevention of infertility, research studies of the Royal Commission on New Reproductive Technologies*, vol 8. Ottawa: Minister of Supply and Services, Canada, 1993:29-76.

5. Ronald AR, Peeling RW. *Sexually transmitted infections: their manifestations and links to infertility and reproductive illness.* In: *Understanding infertility: risk factors affecting infertility*. Ottawa: Minister of Supply and Services. 1993:1-131.

6. Peeling RW, Brunham RC. *Molecular techniques for the laboratory identification of **Chlamydia trachomatis***. J Int Fed Clin Chem 1994;6(3):78-82.

7. Ostergaard L, Birkelund S, Christiansen G. *Use of polymerase chain reaction for detection of **Chlamydia trachomatis***. J Clin Microbiol 1990;28:1254-60.

8. Peeling RW. ***Chlamydia trachomatis** and **Neisseria gonorrhoeae**: pathogens in retreat?* Curr Opinion Infect Dis 1995;8:26-34.

9. Peeling RW, Blanchard J, Dillon E, Giercke S, Graham L, Jolly A et al. *Case finding for genital chlamydia infections in men: who should we be targeting?* Abstract presented to the Canadian Infectious Disease Society, 1997.

10. Taylor-Robinson D. *Tests for infection with **Chlamydia trachomatis***. Int J STD AIDS 1996;7:19-26.

11. Eng TR, Butler WT, editors. *The hidden epidemic, confronting sexually transmitted diseases.* Washington: National Academy Press, 1997:107.

12. Brougham RC. *The concept of core and its relevance to the epidemiology and control of sexually transmitted diseases*. Sex Transm Dis 1991;18(2):67-8.

13. Brooks GF, Danow WW, Day JA. *Repeated gonorrhea: analysis of importance and risk factors.* J Infect Dis 1978;137:161-9.

14. Rice RJ, Roberts PL, Handsfield H, Holmes KK. *Sociodemographic distribution of gonorrhea incidence: implications for prevention and behaviour research.* Am J Public Health 1991;81(10):1252-8.

15. Health and Wealfare Canada. *Canadian guidelines for the prevention, diagnosis, management and treatment of sexually transmitted diseases in neonates, children, adolescents and adults.* Ottawa: Laboratory Centre for Disease Control, Health Protection Branch, 1992:88-9.

16. Giglia L, Gully PR. *Syphilis trends in Canada 1981-92.* CCDR 1994;20(14):113-20.

17. Health and Welfare Canada. *Canadian communicable disease surveillance system: disease-specific definitions and surveillance methods.* CDWR 1991;17S3:30.

18. Ferenczy A. *Epidemiology and clinical pathophysiology of* ***condylomata acuminata.*** Am J Obstet Gynecol 1995;172:1331-9.

19. Shah KV. *Biology of human genital tract papillomaviruses.* In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et al, editors. *Sexually transmitted diseases.* 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1990:425.

20. Lorincz AT, Reid R, Jenson AB, Greenberg MD, Lancaster W, Kurman R. *Human papillomavirus infection of the cervix: relative risk associations of the 15 most common anogenital types.* Obstet Gynecol 1992;79:328-37.

21. Koutsky LA, Galloway DA, Holmes KK. *Epidemiology of genital human papillomavirus infection.* Epid Rev 1988;10:122-63.

22. Brunham RC, Holmes KK, Embree JE. *Sexually transmitted diseases in pregnancy.* In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et al, editors. *Sexually transmitted diseases.* 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1990:793.

23. Evander M, Edlund K, Gustafsson A, Jonsson M, Karlsson R, Rylander E et al. *Human papillomavirus infection is transient in young women: a population-based cohort study.* J Infect Dis 1995;171:1026-30.

24. Melkert P, Hopmen E, Van Den Brule A, Risse E, Van Diest P, Bleker O et al. *Prevalence of HPV in cytomorphologically normal cervical smears, as determined by the polymerase chain reaction, is age-dependent.* Int J Cancer 1993;53:919-23.

25. Ferenczy A. *HPV infections: current concepts, new developments.* J Soc Obstet Gynecol Can 1997;19(4):369-81.

26. Ho GYF, Burk RD, Klein S, Kadish AS, Chang CJ, Prabhudas P. *Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia.* J Natl Cancer Inst 1995;87:1365-71.

27. Young TK, McNicol PJ, Katz A. *Factors associated with human papillomavirus (HPV) infection in an urban population.* Winnipeg: Northern Health Research Unit, Department of Community Health Sciences, The University of Manitoba, June 1995.

28. Bosch FX, Manos MM, Munzo M, Sherman M et al. *Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) study group.* J Natl Cancer Inst 1995;87(11):796-802.

29. Statistics Canada. *Mortality: summary list of causes 1995.* Ottawa: Statistics Canada (Cat. no. 84-209).

30. Lytwyn A, Sellors JW. *Sexually transmitted human papillomavirus: current concepts and control issues.* Can J Human Sexuality 1997;(6)2:113-26.

31. National Cancer Institute of Canada, Provincial Registries, Health Canada. *Canadian cancer*

statistics 1996. Toronto. 1996.

32. Health Canada. *AIDS in Canada, annual report on AIDS in Canada.* Ottawa: Division of HIV/AIDS Surveillance, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Protection Branch, December 1996.

33. Todd MJ, Estany A, McLaren R. *Costs of pelvic inflammatory disease and associated sequelae in Canada.* CDWR 1988;14(12):206-8.

34. Illis SD, Joesoef R, Marcbanks PA, Wasserheit JN, Gates W Jr, Westrom L. *Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility.* Am J Obstet Gynecol 1993;168:1503-9.

35. Moore DE, Gates W. *Sexually transmitted disease and infertility.* In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et al, editors. *Sexually transmitted diseases.* 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1990.

36. Wolner-Hanssen P. *Silent pelvic inflammatory disease: is it overstated?* Obstet Gynecol 1995;6:21-5.

37. Statistics Canada, Health Statistics Division. *The leading causes of death at different ages, Canada 1995.* July 1997.

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]

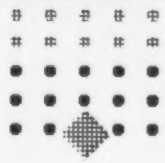
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Français



[Table of Contents]

Annexes

Annex 1.1 Reported cases of STD in Canada by province/territory and sex, 1995

Annex 1.2 Rates per 100,000 population of nationally notifiable STD in Canada by province/territory and sex, 1995

Annex 1.3 Rates per 100,000 population of nationally notifiable STDs in Canada by sex and age, 1995

Annex 1.4 Reported number of STD cases in Canada by sex and age, 1995

Annex 2 Genital chlamydia : reported cases and rates by age and sex, Canada, 1995

Annex 3 Number of positive herpes specimens in Canada by typing, 1990-1995

Annex 4 Age-specific rates* for hospital separation for PID: 1983/84 to 1993/94

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]

Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada — Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada 1995 Annual Report

Annex 1.1

Reported cases of STD in Canada by province/territory and sex, 1995

Province/ Territory	Sex	Chlamydia	Gonococcal Infections	Infectious Syphilis*	Syphilis, Other	Congenital Syphilis†	AIDS‡	Chancroid	Gonococcal Ophth. Neo.
Newfoundland	Male	45	2	1	0	0		0	0
	Female	227	2	0	0	0		0	0
	Unspecified	0	0	0	0	0		0	0
	Total	272	4	1	0	0		0	0
Prince Edward Island	Male	27	0	0	0	0		0	0
	Female	85	0	0	0	0		0	0
	Unspecified	0	0	0	0	0		0	0
	Total	112	0	0	0	0		0	0
Nova Scotia	Male	282	15	1	3	0		0	0
	Female	884	23	0	12	0		0	0
	Unspecified	1	0	0	0	0		0	0
	Total	1,167	38	1	15	0		0	0
New Brunswick	Male	164	5	1	5	0		0	0
	Female	598	7	0	6	0		0	0
	Unspecified	0	0	0	0	0		0	0
	Total	762	12	1	11	0		0	0
Quebec	Male	1,759	425	6	32	0		1	2
	Female	5,278	165	7	34	0		0	1
	Unspecified	11	5	0	0	0		0	0
	Total	7,048	595	13	66	0		1	3
Ontario	Male	2,931	1,719	58	148	1		0	6
	Female	9,157	1,264	34	139	1		0	7
	Unspecified	2	0	0	0	0		0	0
	Total	12,090	2,983	92	287	2		0	13
Manitoba	Male	782	376	3	9	0		0	0
	Female	2,226	282	1	9	0		0	0
	Unspecified	0	0	0	0	0		0	0
	Total	3,008	658	4	18	0		0	0

Saskatchewan	Male	612	208	9	2	0		0	0
	Female	1,737	178	10	1	0		0	0
	Unspecified	0	0	0	0	0		0	0
	Total	2,344	386	19	3	0		0	0
Alberta	Male	1,167	223	3	22	0		0	1
	Female	3,851	177	1	12	0		0	0
	Unspecified	0	0	0	0	0		0	0
	Total	5,018	400	4	34	0		0	1
British Columbia	Male	1,057	40	8	0	0		0	0
	Female	3,602	42	2	0	0		0	0
	Unspecified	1	0	0	0	0		0	0
	Total	4,660	82	10	0	0		0	0
Yukon	Male	34	11	0	0	0		0	0
	Female	122	9	0	0	0		0	0
	Unspecified	0	0	0	0	0		0	0
	Total	156	20	0	0	0		0	0
Northwest Territories	Male	225	40	0	0	0		0	0
	Female	689	85	0	0	0		0	0
	Unspecified	0	0	0	0	0		0	0
	Total	914	125	0	0	0		0	0
Canada	Male	9,085	3,064	90	221	1	1,268	1	9
	Female	28,451	2,234	55	213	1	124	0	9
	Unspecified	15	5	0	0	0	0	0	0
	Total	37,551	5,303	145	434	2	1,392	1	18

* Comprises syphilis, early latent + early symptomatic (primary & secondary)
† Congenital syphilis includes infant cases only (age group <1 year)
‡ From data based on AIDS cases reported to LCDC to March 31, 1997 See "Quarterly Surveillance Update: AIDS in Canada", Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, 1997

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]

Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Annex 1.2

Rates per 100.000 population of nationally notifiable STD in Canada by province/territory and sex, 1995

Province/ Territory	Sex	Chlamydia	Gonococcal Infections	Infectious Syphilis	Syphilis, Other	Congenital Syphilis*	AIDS	Chancroid	Gonococcal Ophth. Neo.
Newfoundland	Male	15.6	0.7	0.3	0.0	0.0	2.1	0.0	0.0
	Female	79.1	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Total	47.5	0.7	0.2	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0
Prince Edward Island	Male	40.1	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0
	Female	123.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Total	82.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0
Nova Scotia	Male	61.0	3.2	0.2	0.6	0.0	5.2	0.0	0.0
	Female	186.1	4.8	0.0	2.5	0.0	0.4	0.0	0.0
	Total	124.4	4.1	0.1	1.6	0.0	2.8	0.0	0.0
New Brunswick	Male	43.5	1.3	0.3	1.3	0.0	4.0	0.0	0.0
	Female	155.9	1.8	0.0	1.6	0.0	0.3	0.0	0.0
	Total	94.7	1.6	0.1	1.4	0.0	2.1	0.0	0.0
Quebec	Male	48.7	11.8	0.2	0.9	0.0	10.3	0.0	0.05
	Female	141.9	4.4	0.2	0.9	0.0	1.3	0.0	0.02
	Total	96.1	8.1	0.2	0.9	0.0	5.8	0.0	0.04
Ontario	Male	53.5	31.4	1.1	2.7	0.0	9.2	0.01	0.1
	Female	163.0	22.5	0.6	2.5	0.0	0.7	0.0	0.1
	Total	109.0	26.9	0.8	2.6	0.0	4.9	0.009	0.1
Manitoba	Male	138.6	66.7	0.5	1.6	0.0	2.7	0.0	0.0
	Female	388.2	49.2	0.2	1.6	0.0	0.2	0.0	0.0
	Total	264.4	57.9	0.4	1.6	0.0	1.4	0.0	0.0
Saskatchewan	Male	121.2	41.2	1.8	0.4	0.0	2.2	0.0	0.0
	Female	340.0	34.8	2.0	0.2	0.0	0.4	0.0	0.0
	Total	230.8	38.0	1.9	0.3	0.0	2.2	0.0	0.0
Alberta	Male	84.4	16.1	0. 2	1.6	0.0	6.4	0.0	0.07
	Female	282.4	13.0	0.1	1.6	0.0	0.4	0.0	0.0
	Total	182.7	14.6	0.1	1.2	0.0	3.5	0.0	0.03

British Columbia	Male	56.5	2.1	0.4	0.0	0.0	12.2	0.0	0.0
	Female	190.2	2.2	0.1	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0
	Total	123.7	2.2	0.3	0.0	0.0	6.5	0.0	0.0
Yukon	Male	222.6	72.0	0.0	0.0	0.0	13.1	0.0	0.0
	Female	821.8	60.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Total	518.0	66.4	0.0	0.0	0.0	3.3	0.0	0.0
Northwest Territories	Male	659.6	117.3	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0
	Female	2 172.5	268.0	0.0	0.0	0.0	3.2	0.0	0.0
	Total	1 388.5	189.9	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0
Canada	Male	62.0	20.9	0.6	1.5	0.0	8.6	0.0	0.06
	Female	190.4	15.0	0.4	1.4	0.0	0.8	0.0	0.06
	Total	126.8	17.9	0.5	1.5	0.5	4.7	0.0	0.06

* Congenital syphillis includes infant cases only (age group <1 year) / Congenital syphillis rate per 100.000 live births
Population figures used to calculate the rates are estimates from the 1991 Census/Statistics Canada

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]

Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada 1995 Annual Report

Annex 1.3

Rates per 100,000 population of nationally notifiable STDs in Canada by sex and age, 1995

Disease	Sex	Total	Age Group (years)										
			0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NS (Age)
Chlamydia	Male	61.9	12.2	0.7	0.3	2.0	169.6	335.6	163.1	55.7	10.9	1.6	-
	Female	190.4	17.2	0.6	1.0	47.6	1,109.1	1,041.7	336.8	88.5	12.6	1.2	-
	Total	126.8	14.7	0.7	0.7	24.3	627.6	683.7	249.2	72.0	11.8	1.3	-
Gonococcal Infections	Male	20.9	1.02	0.2	0.0	0.8	41.5	70.0	58.0	32.7	8.8	1.5	-
	Female	14.9	0.5	0.5	0.2	7.5	87.8	70.6	27.7	8.7	1.3	0.0	-
	Total	17.9	0.8	0.4	0.1	4.1	64.0	70.3	43.1	20.8	5.0	0.7	-
Infectious Syphilis*	Male	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	1.4	1.2	1.1	0.7	0.2	-
	Female	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	1.2	1.1	0.4	0.2	0.0	-
	Total	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	1.3	1.2	0.8	0.5	0.1	-
Syphilis, Other† (Non-infectious)	Male	1.5	0.5	0.0	0.0	0.0	0.5	0.6	2.4	2.4	1.9	2.3	-
	Female	1.4	0.0	0.1	0.0	0.0	1.0	2.0	2.3	1.2	1.7	2.3	-
	Total	1.5	0.5	0.0	0.0	0.0	0.7	1.3	2.4	1.8	1.8	2.3	-
Congenital Syphilis‡	Male	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Female	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Unspecified	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	0.5	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chancroid	Male	0.007	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.096	0.0	0.0	0.0	0.0	-
	Female	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-
	Unspecified	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-
	Total	0.007	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	-

Population figures used to calculate the rates are estimates from the 1991 Census/Statistics Canada
NS = not specified
* Infectious syphilis includes syphilis early symptomatic + syphilis early latent
† Syphilis, Other includes syphilis late latent + tertiary
‡ Congenital syphilis rates per 100,000 live births (sex not specified)

Source: Bureau of Infectious Diseases, Division of Disease Surveillance, May 1997
Prepared by: The Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]

Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada 1995 Annual Report

Annex 1.4

Reported number of STD cases in Canada by sex and age, 1995

Disease	Sex	Total	Age Group (years)										
			0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NS (Age)
Chlamydia	Male	9,085	24	6	3	21	1,721	3,478	1,848	1,484	398	33	69
	Female	28,451	32	5	10	466	10,704	10,496	3,745	2,312	459	31	191
	Unspecified	15	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	9
	Total	37,551	56	11	13	487	12,427	13,976	5,594	3,796	858	64	269
Gonococcal Infections	Male	3,064	2	2	0	8	421	725	657	871	320	32	26
	Female	2,234	1	4	2	74	847	712	308	227	47	1	11
	Unspecified	5	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2
	Total	5,303	3	6	2	82	1,268	1,437	967	1,099	367	33	39
Infectious Syphilis*	Male	90	0	0	0	0	2	14	14	30	24	5	1
	Female	55	0	0	0	0	11	12	12	11	9	0	0
	Unspecified	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	145	0	0	0	0	13	26	26	41	33	5	1
Syphilis, Other† (Non-infectious)	Male	221	1	0	0	0	5	6	27	64	69	49	0
	Female	213	0	1	0	0	10	20	26	32	62	61	1
	Unspecified	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	434	1	1	0	0	15	26	53	96	131	110	1
Congenital Syphilis	Male	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Female	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Unspecified	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chancroid	Male	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Female	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Unspecified	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

NS = not specified
* Infectious syphilis includes syphilis early symptomatic + syphilis early latent
† Syphilis, Other includes syphilis late latent + tertiary

Source: Bureau of Infectious Diseases, Division of Disease Surveillance, May 1997
Prepared by: The Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada 1995 Annual Report

Annex 2

Genital chlamydia : reported cases and rates by age and sex, Canada, 1995										
No. of Cases	Age, yr.									
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+
Both sexes	56	11	13	487	12,426	13,976	5,594	3,796	858	64
Males	24	6	3	21	1,721	3,478	3,478	1,484	398	33
Females	32	5	10	466	10,704	10,496	3,745	2,312	459	31
	Rates									
Both sexes	14.7	0.7	0.7	24.3	627.6	683.7	249.2	72.0	12.0	1.6
Males	12.2	0.6	0.3	2.0	169.6	335.6	163.1	55.7	11.0	1.2
Females	17.2	0.7	1.0	47.6	1,109.1	1,041.7	3,36.8	88.5	12.6	1.3
Prepared by: STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997										

Last modified February 13, 1998

Canada

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada 1995 Annual Report

Français

[Table of Contents]

Annex 3

Number of positive herpes specimens in Canada by typing, 1990-1995						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Herpes group	3,337	4,021	2,517	1,552	1,611	1,501
Herpes simplex non typed	4,136	3,596	3,483	2,238	882	1,152
Herpes simplex 1	4,065	4,731	5,279	6,509	6,449	6,536
Herpes simplex 2	4,055	5,197	6,128	6,991	7,117	7,000
Total number of positve cases	15,593	17,545	17,407	17,290	16,059	16,189
Prepared by: STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997						

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]

Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada 1995 Annual Report

Annex 4

Age-specific rates* for hospital separation for PID: 1983/84 to 1993/94

Age	Year									
	83/84	84/85	85/86	86/87	87/88	88/89	89/90	90/91	91/92	92/93	93/94
	Rate										
15-19	269.6	280.2	267.2	273.1	247.2	236.2	210.0	190.5	166.5	147.0	110.1
20-24	386.0	385.9	373.4	351.5	319.7	286.8	245.3	219.3	196.4	171.6	141.7
25-34	323.1	319.5	306.0	298.5	286.3	252.7	226.6	210.5	192.7	172.1	147.9
35-44	154.7	155.0	151.9	147.8	140.9	130.4	109.2	120.4	116.0	114.5	100.7
15-44	**281.8**	**281.2**	**269.7**	**261.1**	**243.3**	**218.7**	**190.5**	**180.0**	**164.3**	**149.2**	**125.5**
	No. of Cases										
15-19	2,891	2,868	2,634	2,650	2,368	2,249	1,993	1,803	1,567	1,387	1,046
20-24	4,802	4,797	4,607	4,243	3,723	3,197	2,660	2,309	2,046	1,778	1,459
25-34	7,269	7,320	7,143	7,101	6,951	6,246	5,721	5,359	4,881	4,343	3,700
35-44	2,552	2,664	2,711	2,735	2,710	2,604	2,275	2,609	1,591	2,616	2,359
15-44	17,514	17,649	17,095	16,729	15,752	14,296	13,682	12,090	11,085	10,124	8,564

* Rate per 100,000 female population
Note: Since 1980 Statistics Canada has reported all hospital morbidity by fiscal year
PID reference code ICD-9 or code 167 of the Canadian Diagnostic Short List used by Statistics Canada
ICD-9: International Classification of Diseases, 9th. Edition
Prepared by: STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Last modified February 13, 1998

Canada

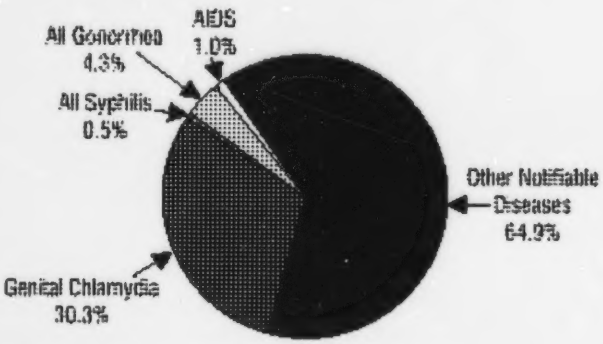
Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Français

[Table of Contents] [List of Figures]

Figure 1
STDs: Proportion of Total Reports of Nationally Notifiable Diseases, Canada, 1995



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

[Top of Page] [Previous] [Next]

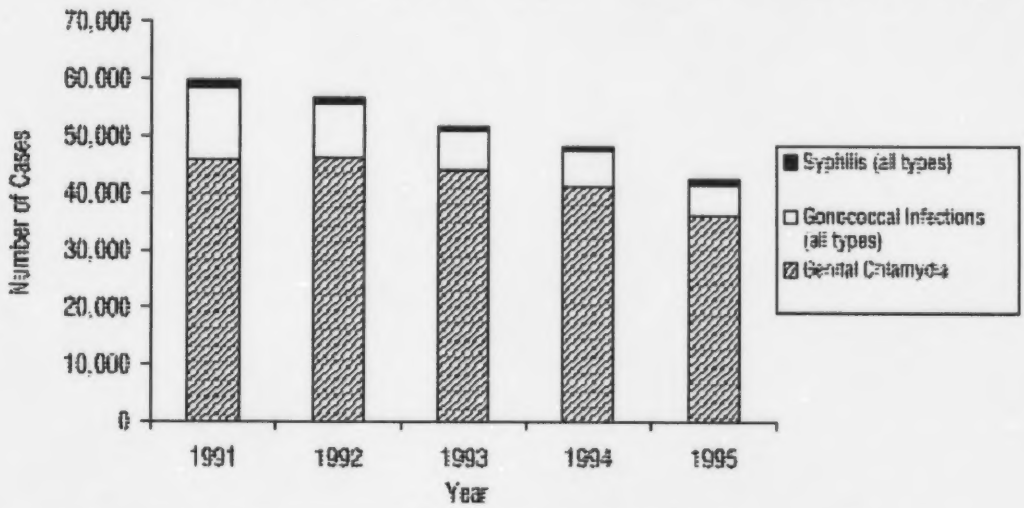
[LCDC] [Contact] [Français]
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 2
Reported Cases of Sexually Transmitted Diseases, Canada, 1991-1995



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]

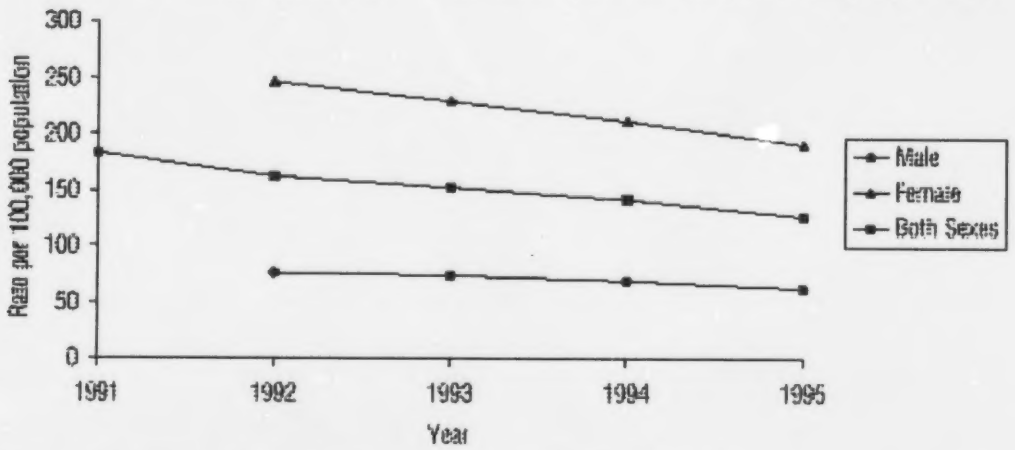
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

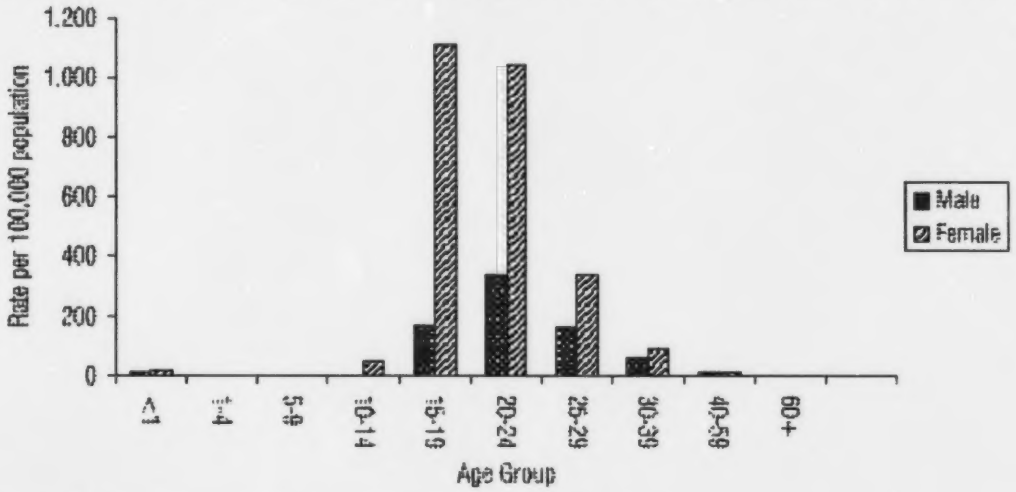
Figure 3
Reported Genital Chlamydia: Incidence per 100,000, Canada, 1991-1995



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 4
Reported Genital Chlamydia: Incidence per 100,000 by Age and Sex, Canada, 1995

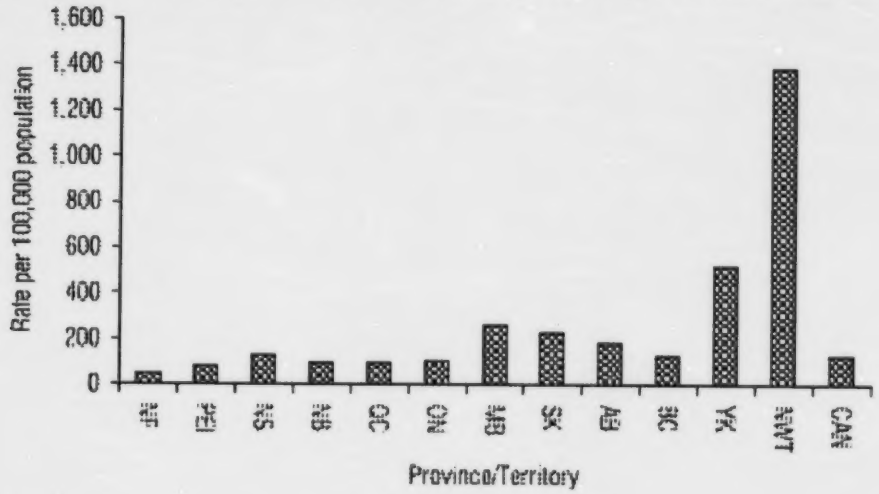


Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 5
Reported Genital Chlamydia: Incidence per 100,000 by Province/Territory, 1995



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

[Top of Page] [Previous] [Next]

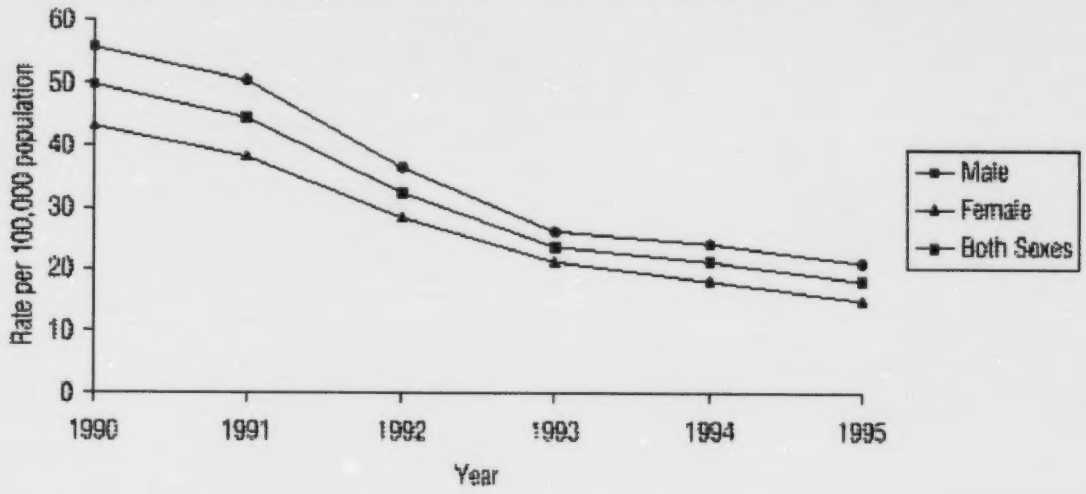
[LCDC] [Contact] [Français]
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 6
Reported Gonorrhea: Incidence per 100,000, Canada, 1990-1995



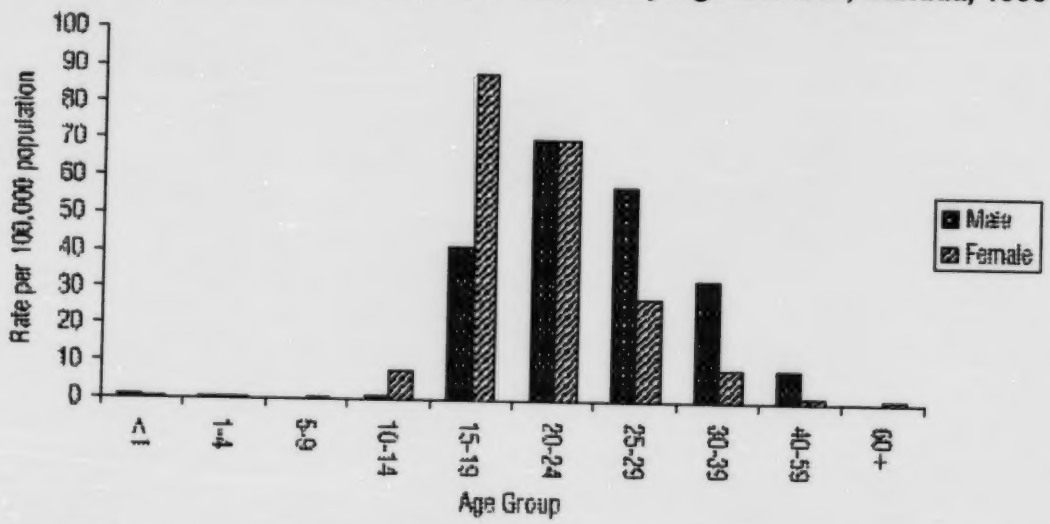
Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Français

[Table of Contents] [List of Figures]

Figure 7
Reported Gonorrhea: Incidence per 100,000 by Age and Sex, Canada, 1995



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

[Top of Page] [Previous] [Next]

[LCDC] [Contact] [Français]

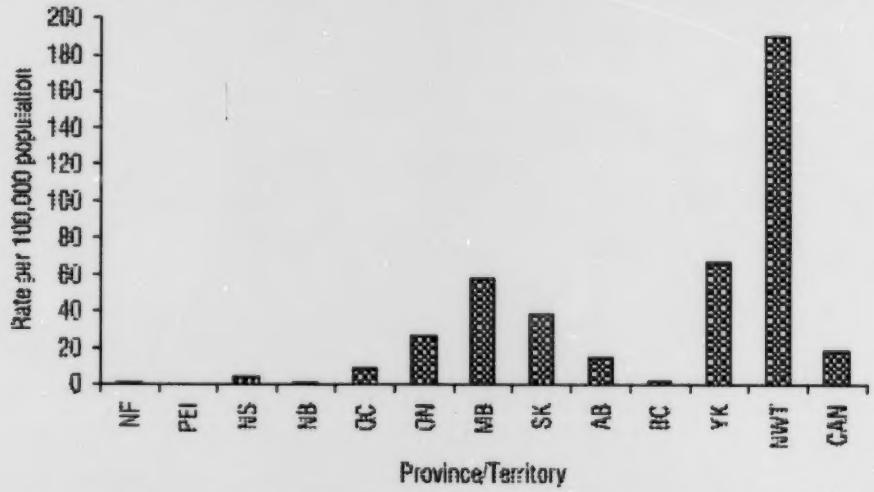
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 8
Reported Gonorrhea: Incidence per 100,000 by Province/Territory, 1995



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

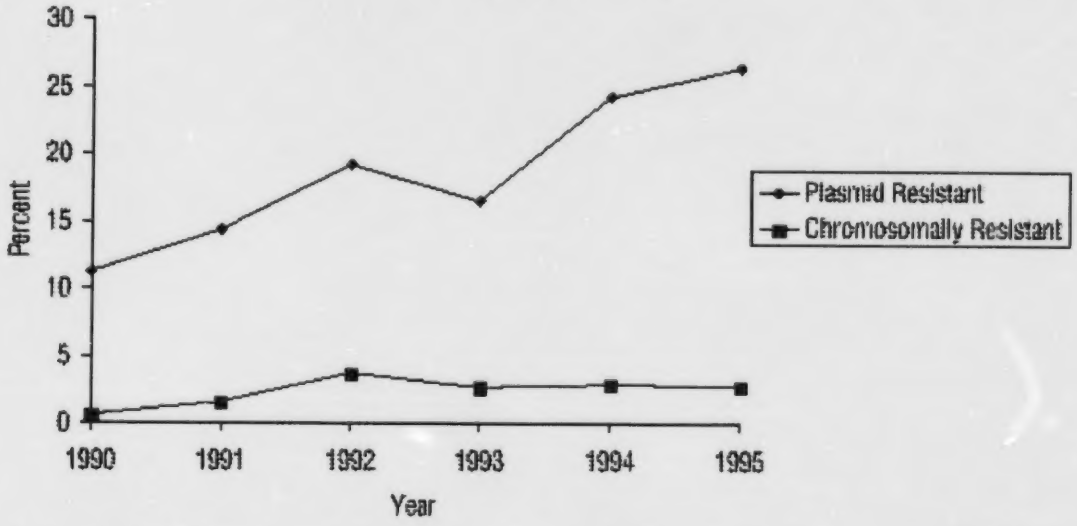
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada 1995 Annual Report

Figure 9
Proportion of Gonococcal Isolates with Plasmid and Chromosomally Mediated Resistance, Canada, 1990-1995

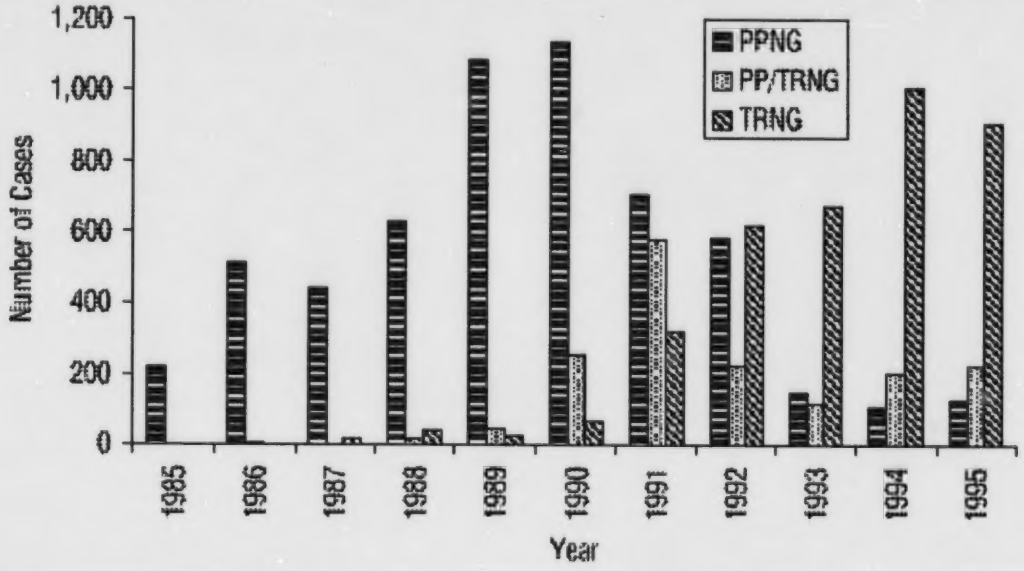


Chromosomally Resistant includes isolates that are chromosomally resistant to penicillin, tetracycline, erthromycin, spectinomycin or ciprofloxacin singly or in combination.
Data Source: Bureau of Microbiology, LCDC, Health Canada, 1997
Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

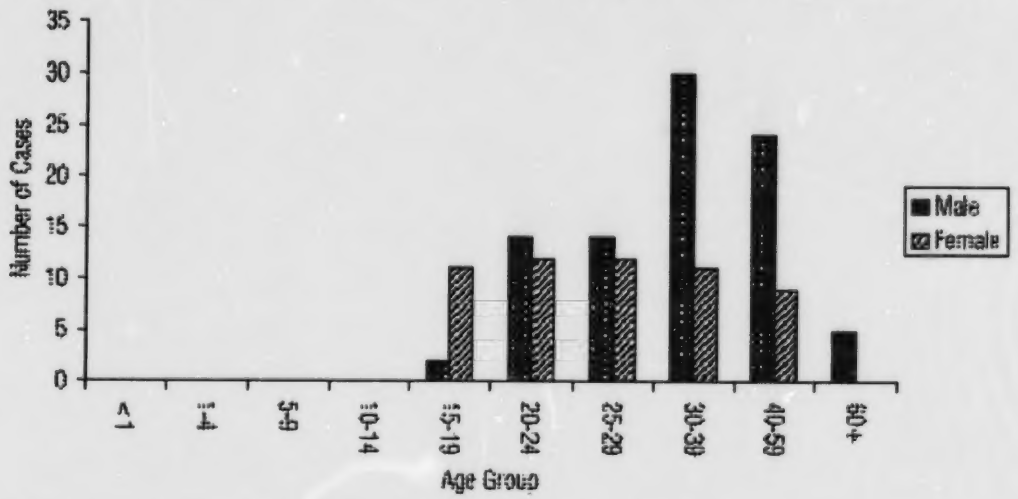
Figure 10
Number of Cases of Plasmid Mediated Resistant *N. gonorrhoeae*, Canada, 1985-1995



Data Source: Bureau of Microbiology, LCDC, Health Canada, 1997
Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

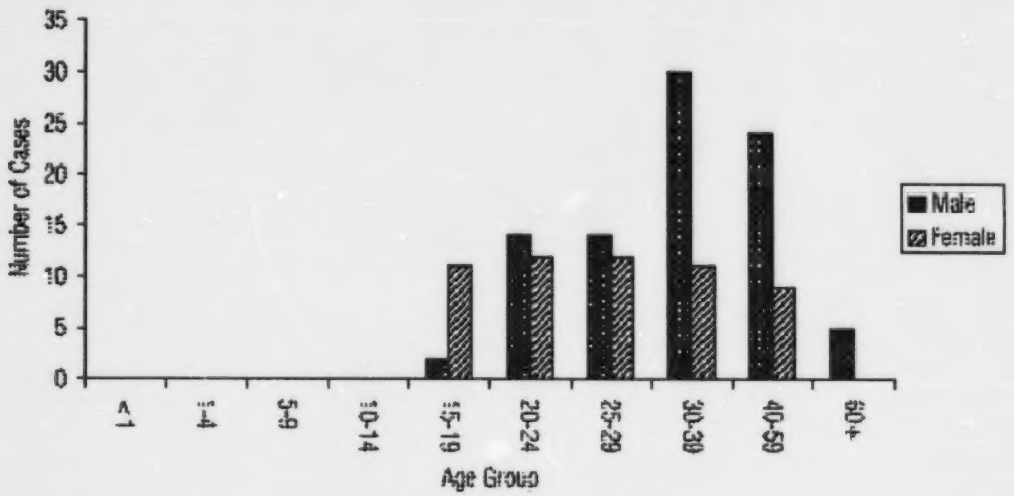
Figure 11
Reported Infectious Syphilis: Cases by Age and Sex, Canada, 1995



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 11
Reported Infectious Syphilis: Cases by Age and Sex, Canada, 1995

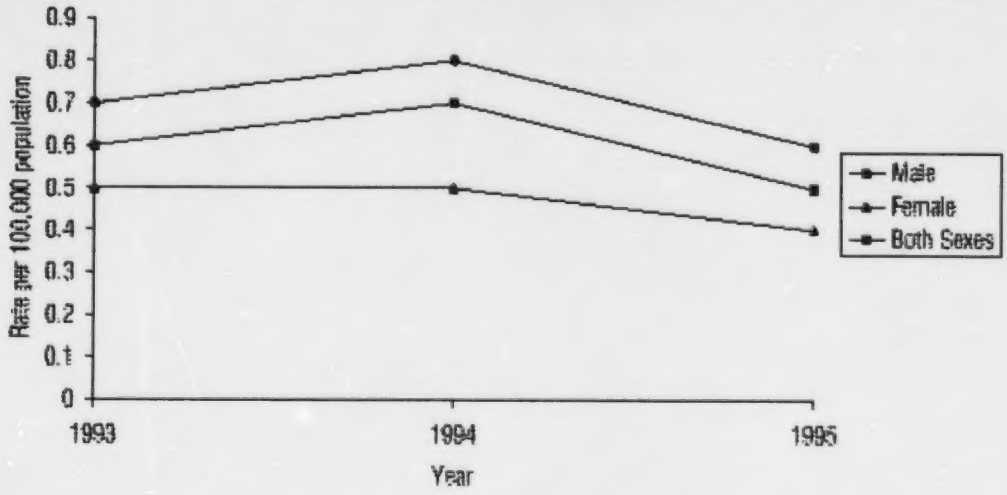


Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 12
Reported Infectious Syphilis: Incidence per 100,000 by Sex, Canada, 1993-1995



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

[Top of Page] [Previous] [Next]

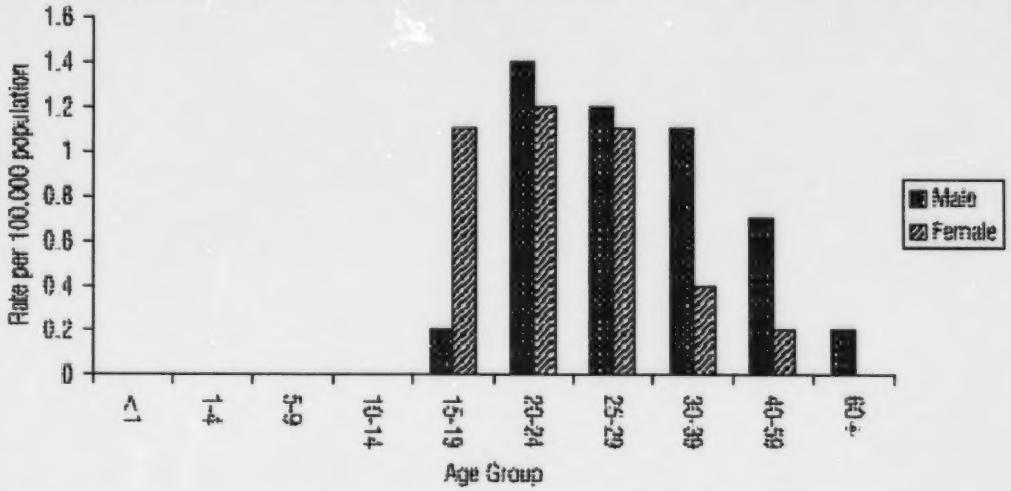
[LCDC] [Contact] [Français]
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 13
Reported Infectious Syphilis: Incidence per 100,000 by Age and Sex, Canada, 1995

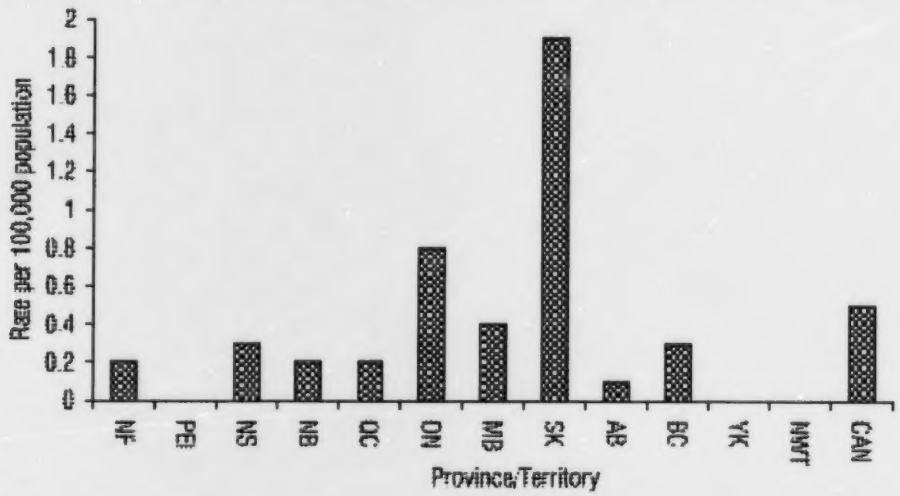


Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 14
Reported Infectious Syphilis: Incidence per 100,000 by Province/Territory, 1995

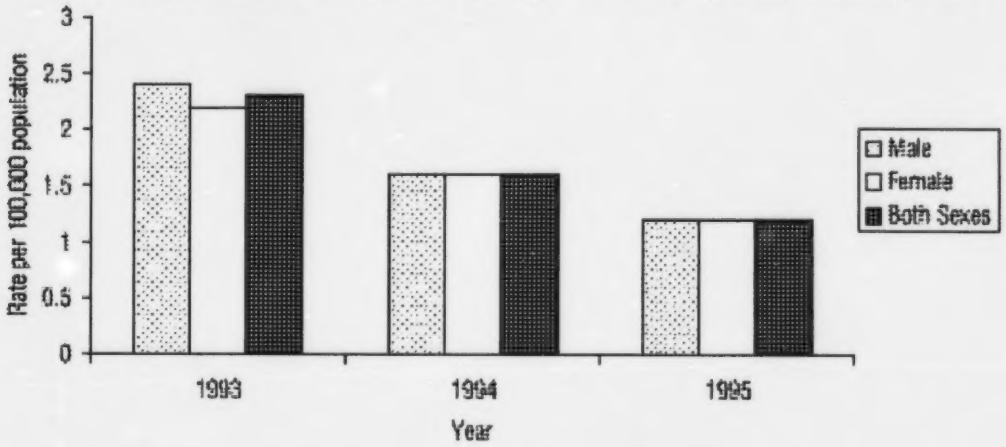


Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 15
Reported Syphilis, Other: Incidence per 100,000 by Sex, Canada, 1995



Prepared by Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

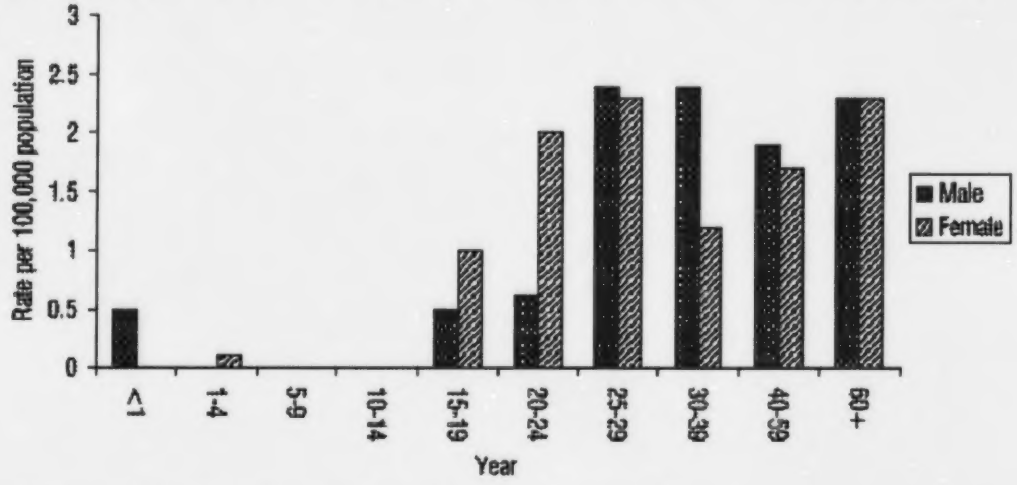
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 16
Reported Syphilis, Other: Incidence per 100,000 by Age and Sex, Canada, 1995

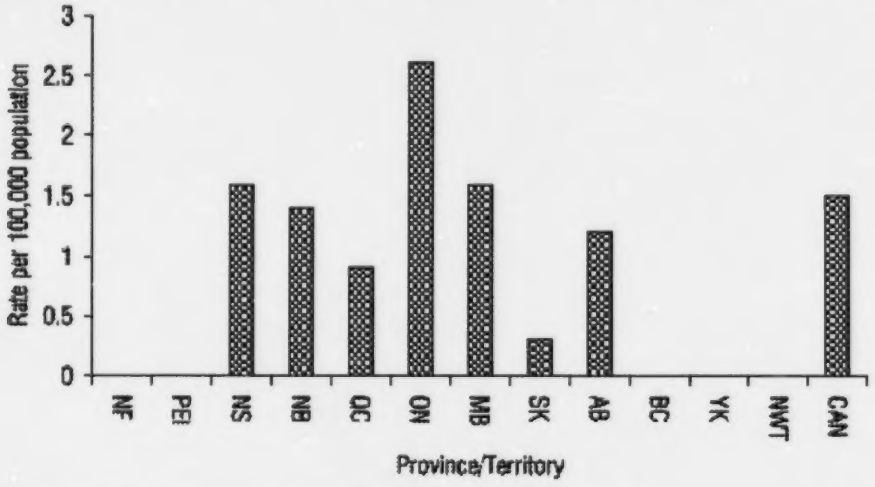


Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 17
Reported Syphilis, Other: Incidence per 100,000 by Province/Territory, 1995

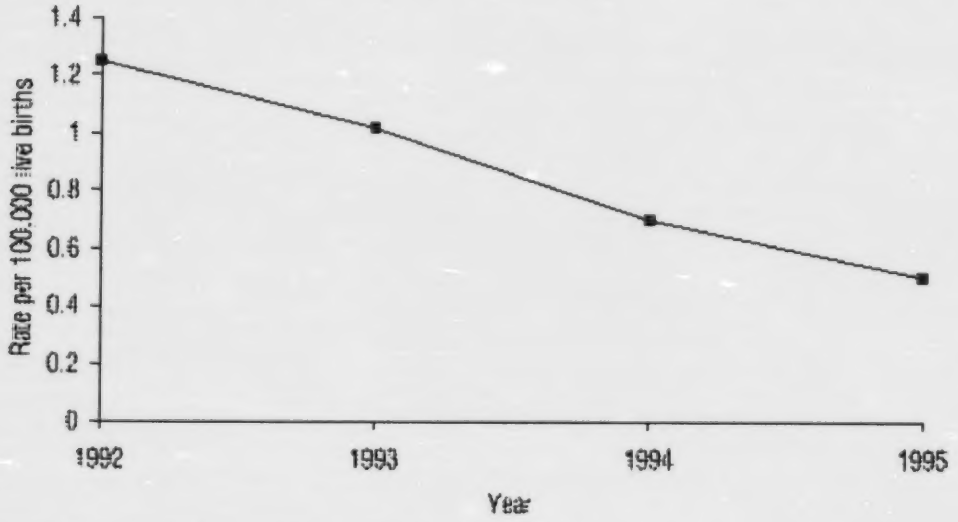


Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 18
Reported Congenital Syphilis in Infants (< 1 year): Incidence per 100,000 Live Births, Canada, 1992-1995

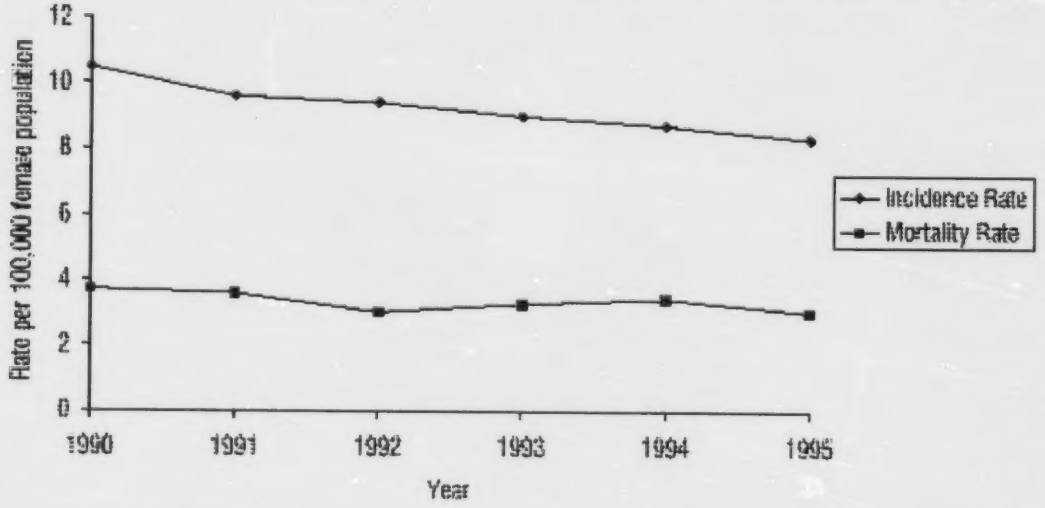


Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 19
Cervical Cancer: Incidence and Mortality per 100,000 Females, Canada, 1990-1995

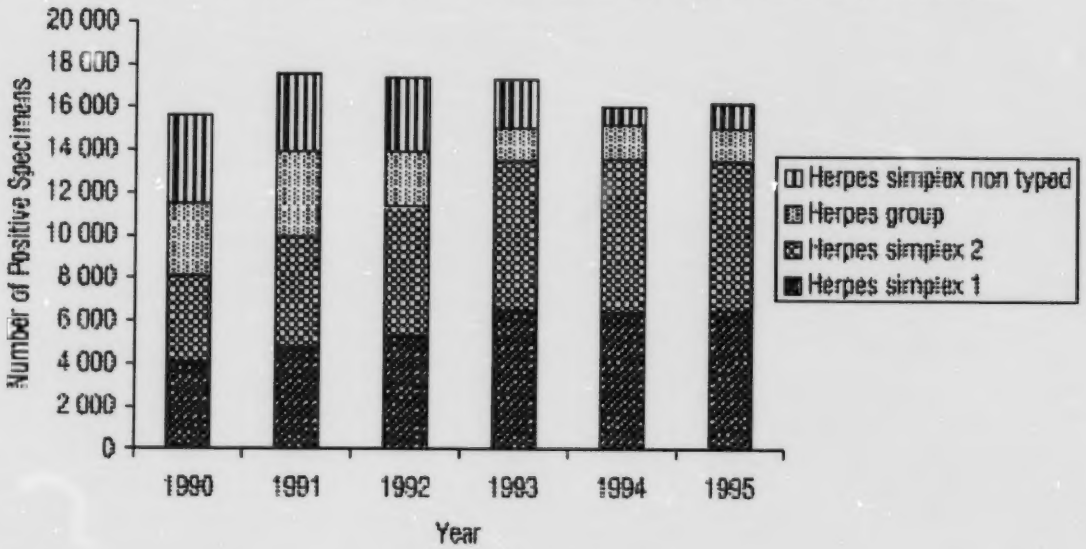


Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

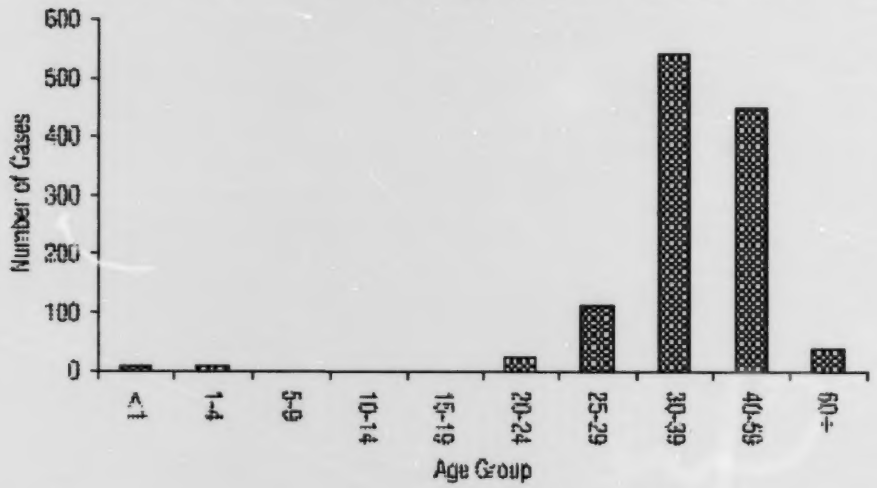
Figure 20
Number of Positive Herpes Specimens by Type, Canada, 1990-1995



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 21
AIDS: Reported Cases by Age Group, Canada, 1995

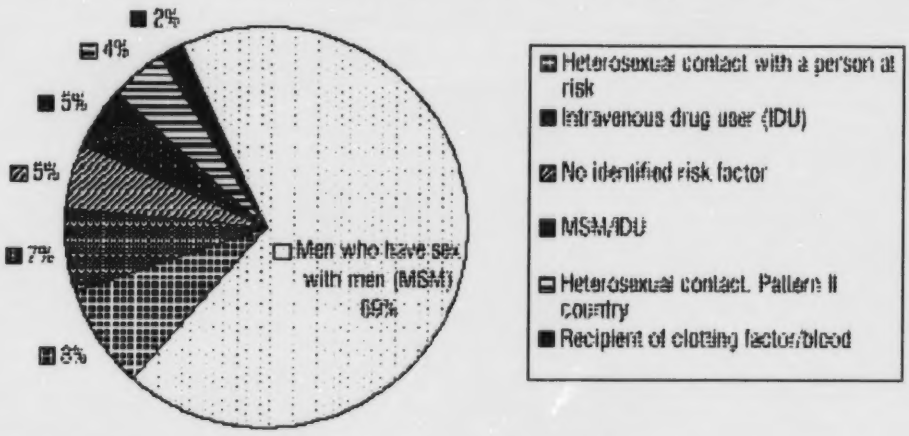


Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 22
Reported AIDS Cases by Exposure Category, Canada, 1995



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Last modified February 13, 1998

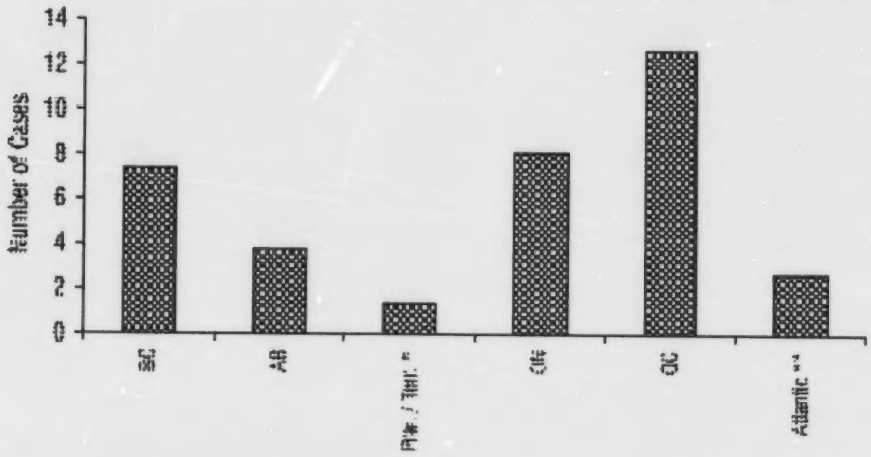
Canada

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Français

[Table of Contents] [List of Figures]

Figure 23
Reported AIDS: Incidence Rate per 100,000 by Region, Canada, 1995



* Includes Saskatchewan, Manitoba, Yukon, & Northwest Territories
** Includes Newfoundland, Prince Edward Island, Nova Scotia & New Brunswick

Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

[Top of Page] [Previous] [Next]

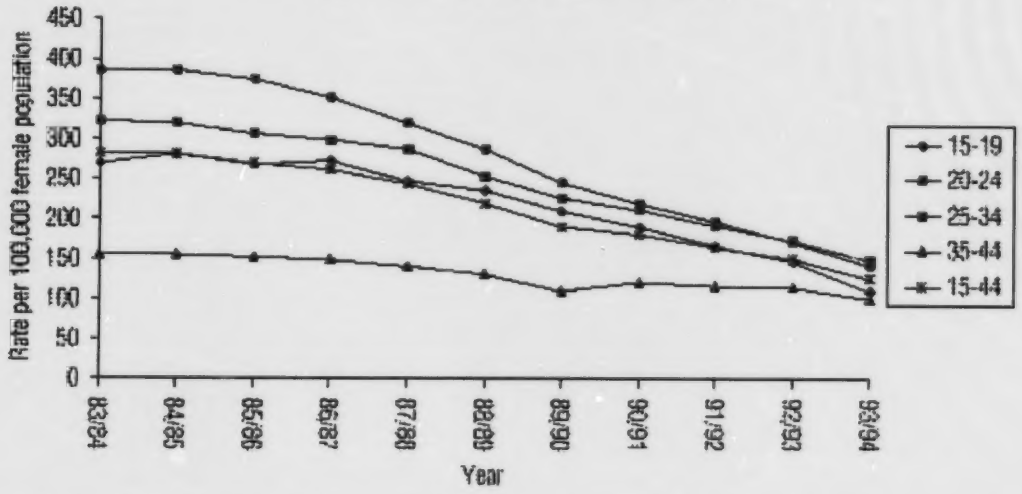
[LCDC] [Contact] [Français]
Last modified February 13, 1998

Canada

Health Canada Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

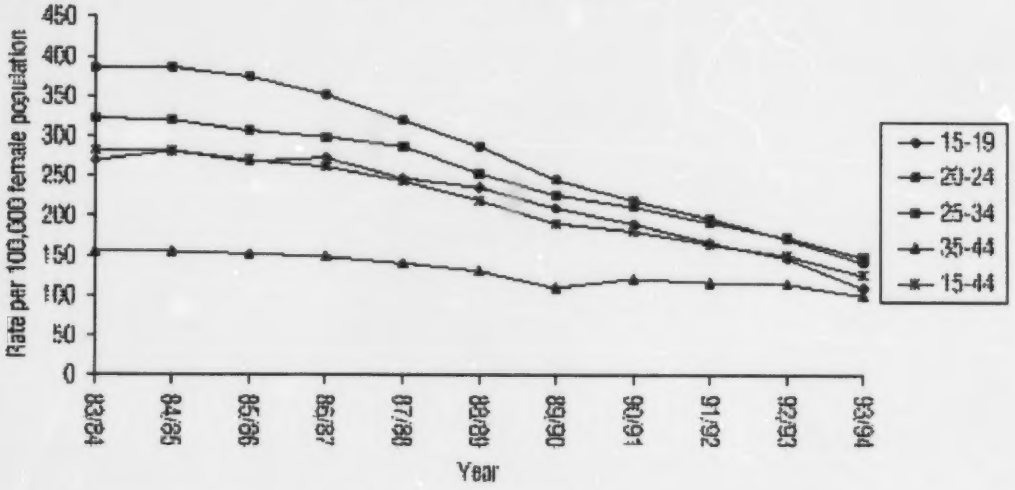
Figure 24
Hospital Separations for Pelvic Inflammatory Disease: Incidence per 100,000 Females by Age, Canada, 1983/84-1993/94



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

Figure 24
Hospital Separations for Pelvic Inflammatory Disease: Incidence per 100,000 Females by Age, Canada, 1983/84-1993/94



Prepared by: Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS and STD, LCDC, Health Canada, 1997

Health Canada / Santé Canada *Health Protection Branch - Laboratory Centre for Disease Control*

Sexually Transmitted Disease Surveillance in Canada
1995 Annual Report

List of Tables

Table 1. *Neisseria gonorrhoeae* with reduced susceptibility to ciprofloxacin

Table 2. Cancer of the cervix: rates per 100,000 females in Canada, 1990-1995

Table 3. Cervical specimens: typing of HPV, 1995

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada

Rapport annuel de 1995

Relevé des maladies transmissibles au Canada - *Supplément* Vol. 24S1 février 1998

English

Préparé par la Division de la prévention et du contrôle des MTS
Bureau du VIH/sida et des MTS
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada

Table des matières

Liste des figures

Liste des tableaux

Points saillants : maladies transmises sexuellement (MTS) au Canada

Introduction

Chlamydiose génitale

Gonorrhée
- **Souches résistantes de *Neisseria gonorrhoeae***

Syphilis
- **Syphilis infectieuse**
- **Syphilis non infectieuse (syphilis, autre)**
- **Syphilis congénitale**

Virus du papillome humain

Herpès

Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)

Atteintes inflammatoires pelviennes

Références

Annexes

Remerciements

Le présent rapport n'aurait pu être publié sans la participation des médecins répondants, des directeurs provinciaux et territoriaux des services de lutte contre les MTS et leur personnel, qui ont communiqué des données. Les autorités provinciales et territoriales, par l'entremise du Bureau de la surveillance des maladies, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), Santé Canada, ont fourni les données sur la gonorrhée, la syphilis, la chlamydiose et le chancre mou. Les taux d'incidence du cancer du col utérin et les taux de mortalité qui y sont associés, ainsi que le nombre de cas d'atteinte inflammatoire pelvienne (d'après les formulaires remplis à la sortie de l'hôpital), le nombre de naissances vivantes et les données démographiques proviennent de Statistique Canada. Les données sur l'antibiorésistance ont été fournies par le Bureau de microbiologie, LLCM. La Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, a transmis de l'information et des données sur le sida. Le Laboratoire national d'oncologie virale, LLCM, a présenté des données sur le virus du papillome humain (VPH), et le Laboratoire national pour les maladies virales et les zoonoses a communiqué les données sur l'herpès génital.

Nous remercions également la Division de la diffusion des documents de son aide pour la révision et l'impression du document ainsi que son affichage sur Internet.

Division de la prévention et du contrôle des MTS
Bureau du VIH/sida et des MTS
Immeuble Brooke Claxton, niveau 01
Pré Tunney, indice de l'adresse 0900B1
Ottawa (Ontario) Canada
K1A 0K9

Tél, : (613) 957-1787
Fax : (613) 957-0381
Adresse Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah.

[Début de la page] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]
Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada
Direction générale de la protection de la santé
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Liste des figures

Figure

1. MTS : Proportion de tous les cas signalés de maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale, Canada, 1995

2. Cas signalés de maladies transmises sexuellement, Canada, 1991-1995

3. Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000, Canada, 1991-1995

4. Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995

5. Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995

6. Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000, Canada, 1990-1995

7. Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995

8. Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995

9. Proportion d'isolats de gonocoque présentant une résistance à médiation plasmidique et chromosomique, Canada, 1990-1995

10. Nombre de cas d'infection à *N. gonorrhoeae* présentant une résistance plasmidique, Canada, 1985-1995

11. Incidence de la syphilis infectieuse : cas déclarés selon l'âge et le sexe, Canada, 1995

12. Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon le sexe, Canada, 1993-1995

13. Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995

14. Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995

15. Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon le sexe, Canada, 1995

16. Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et lesexe, Canada, 1995

17. Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995

18. Incidence de la syphilis congénitale chez les nourissons (<1 an) : cas signalés pour 100 000 naissances vivantes, Canada, 1992-1995

19. Cancer du col utérin : incidence et mortalité pour 100 000 femmes, Canada, 1990-1995

20. Nombre d'échantillons positifs pour le virus de l'herpès selon le type, Canada, 1990-1995

21. Le sida : cas signalés par groupe d'âge, Canada, 1995

22. Cas signalés de sida selon la catégorie d'exposition, Canada, 1995

23. Incidence du sida : cas signalés pour 100 000 selon la région, Canada, 1995

24. Congés des hôpitaux pour une atteinte inflammatoire pelvienne : taux pour 100 000 femmes selon l'âge, Canada, de 1983-1984 à 1993-1994

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

Liste des tableaux

Tableau 1 *Neisseria gonorrhoeae* ayant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine

Tableau 2 Cancer du col utérin : taux pour 100 000 femmes, Canada, 1990-1995

Tableau 3 Prélèvements endocervicaux : typage du VPH, 1995

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Points saillants : maladies transmises sexuellement (MTS) au Canada

- En 1995, 44 176 cas de MTS, y compris de sida, ont été signalés au Canada. Cette année-là, 36 % de toutes les maladies à déclaration obligatoire étaient des MTS (figure 1).
- La chlamydiose génitale est devenue une maladie à déclaration obligatoire en 1990. En 1995, elle a été à l'origine de 30,3 % de tous les cas signalés de maladie à déclaration obligatoire et était la maladie transmise sexuellement la plus souvent déclarée (84 %).
- Entre 1991 et 1995, le nombre de cas de chlamydiose déclarés à l'échelle nationale a diminué de 26,8 %.
- Ce sont surtout les femmes qui ont été infectées par *Chlamydia*. Elles constituaient 75,8 % de tous les cas de chlamydiose génitale signalés en 1995. Parmi les femmes infectées, celles de 15 à 19 ans présentaient le taux le plus élevé, soit 1 109,1 pour 100 000, ce qui est 9 fois supérieur au taux national (figure 4).
- Chez les hommes, le taux le plus élevé de chlamydiose a été relevé dans le groupe des 20 à 24 ans (335,6 pour 100 000) et dépassait de plus de 2,6 fois le taux national (127 pour 100 000).
- Les Territoires du Nord-Ouest affichaient un taux de chlamydiose de 1 388,5 cas pour 100 000 habitants et un taux de gonorrhée de 189,9 cas pour 100 000 (figures 5 et 8). Ces taux étaient, respectivement, 11 et 10 fois plus élevés que le taux national.
- Depuis 1990, le nombre de cas signalés de gonorrhée a chuté de 60 %. En 1995, le taux s'établissait à 17,9 cas pour 100 000 habitants (figure 6). La gonorrhée, y compris la conjonctivite gonococcique du nouveau-né, représente 4,3 % de tous les cas rapportés de maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale (figure 1).
- Onze cas de gonorrhée chez les enfants de < 10 ans ont été dénombrés, abstraction faite des 18 cas de conjonctivite gonococcique du nouveau-né. En tout, 56 cas de chlamydiose ont été signalés en 1995 chez des enfants de 0 à 1 an, et 24 chez des enfants de 1 à 9 ans. Soixante-dix pour cent des cas déclarés avaient moins de 1 an.
- En 1995, 1 402 cas d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* antibiorésistant ont été enregistrés. La proportion d'isolats de gonocoques résistants s'est accrue avec le temps (figure 9).

- Certains isolats de *N. gonorrhoeae* (< 1 %) présentent maintenant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine, antibiotique appartenant à la famille des fluoroquinolones (tableau 1).

- En 1995, 0,5 % de tous les rapports de maladies à déclaration obligatoire (figure 1) concernaient la syphilis (cas agrégés), le taux étant de 0,5 cas pour 100 000 habitants.

- Le taux de syphilis le plus élevé a été relevé chez les hommes et les femmes de 20 à 24 ans (1,4 cas pour 100 000 hommes et 1,2 cas pour 100 000 femmes) (figure 13).

- La Saskatchewan a enregistré un taux de syphilis infectieuse de 1,9 pour 100 000. Les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et l'Île-du-Prince-Édouard n'ont signalé aucun cas en 1995 (figure 14).

- Le nombre de cas de syphilis non infectieuse (syphilis, autre) a baissé de 36,7 % depuis 1993. En tout, 434 cas ont été signalés, et le taux pour l'ensemble du Canada s'élève à 1,5 cas pour 100 000 (annexe 1).

- Seuls 2 cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 1995. La maladie connaît un déclin depuis 1992, son incidence n'étant plus que de 0,5 cas pour 100 000 naissances vivantes (figure 18).

- L'infection par le virus du papillome humain (VPH) est une maladie transmise sexuellement et est associée au cancer du col utérin. Entre 1990 et 1995, le taux général d'incidence du cancer du col utérin normalisé selon l'âge a chuté de 21 %, passant de 10,5 cas à 8,3 cas pour 100 000 femmes (figure 19). L'infection à VPH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale; il est donc difficile d'estimer son incidence réelle au Canada.

- Une légère hausse de 3,8 % du nombre d'échantillons positifs aux tests de dépistage de l'herpès a été enregistrée en 1995. Entre 1990 et 1995, la proportion d'échantillons séropositifs pour le virus herpès simplex 1 et 2 a augmenté de 31,5 % (figure 20).

- Le taux de congés des hôpitaux pour une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) a diminué de 55 % entre 1984 et 1993, passant de 281, 2 à 125,5 pour 100 000 habitants. En 1993-1994, les femmes âgées de 25 à 34 ans affichaient le taux le plus élevé d'AIP (147,9/100 000), alors que dans les années précédentes, les femmes de 20 à 25 ans étaient les plus fortement touchées. Les données sur les congés des hôpitaux peuvent ne pas donner une image fidèle de l'incidence des AIP car elles n'englobent pas les cas diagnostiqués et traités à l'extérieur des hôpitaux; de plus, certains cas d'AIP sont atypiques, voire asymptomatiques (annexe 4).

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 4 juin 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Introduction

Le présent rapport fournit des renseignements sur la distribution et les tendances en ce qui concerne les maladies transmises sexuellement à déclaration obligatoire au Canada et d'autres infections qu'il n'est pas obligatoire de déclarer, comme l'herpès, les atteintes inflammatoires pelviennes et les infections dues au virus du papillome humain.

Quatre maladies transmises sexuellement (MTS) doivent obligatoirement être déclarées à l'échelle nationale : la chlamydiose, la gonorrhée, la syphilis et le chancre mou (cette dernière maladie n'est pas abordée dans le présent rapport vu qu'un seul cas a été signalé en 1995). Le sida et l'hépatite B peuvent être transmis par voie sexuelle et sont des maladies à déclaration obligatoire dans tout le pays; la Division de la surveillance du VIH/sida et la Division des pathogènes à diffusion hématogène sont les deux instances au sein de Santé Canada qui sont chargées de surveiller ces maladies.

Les données agrégées utilisées dans le présent rapport ont été communiquées au LLCM par les provinces et les territoires. À cause de retards dans la déclaration des cas, l'information sur les cas de MTS diagnostiqués en 1995 a été recueillie jusqu'en février 1997. On essaie par tous les moyens de faire en sorte que les données de la surveillance des MTS soient exactes. Comme de nombreux cas de maladies transmises sexuellement sont asymptomatiques, bon nombre de personnes ne consultent pas pour se faire traiter. Il s'ensuit que le nombre de cas signalés et le taux d'incidence ne reflètent pas fidèlement l'incidence réelle des MTS au Canada.

Bien qu'il soit préférable que les rapports de cas soient complets, il reste que des rapports même incomplets peuvent être utiles. Il est possible d'estimer l'incidence réelle d'une maladie en se servant de paramètres provenant d'études effectuées dans une population. Des groupes à haut risque peuvent en outre être identifiés. Il est possible de dégager des tendances relatives au taux de morbidité, qui pourront être utiles dans la planification de stratégies de prévention et les évaluations de programmes. Depuis le début des années 80, le nombre de cas et les taux signalés de MTS d'origine bactérienne, plus particulièrement d'infection gonococcique et de syphilis, ont accusé une baisse. Il y a une dizaine d'années, le taux de syphilis et de gonorrhée était, respectivement, 5,2 et 9 fois plus élevé que le taux déclaré en 1995. De même, depuis le milieu des années 80, les hospitalisations pour les atteintes inflammatoires pelviennes n'ont cessé de diminuer. Le nombre absolu d'hospitalisations pour une grossesse ectopique a commencé à décliner au début des années 90.

Les maladies transmises sexuellement demeurent un important problème de santé publique au Canada. Les statistiques de 1995 sur les MTS, y compris celles sur le sida, montrent que ces infections représentent plus du tiers (36 %) de toutes les maladies à déclaration obligatoire, comparativement à 23,8 % en 1987 (figure 1). Les MTS occupent une place
plus large surtout à cause de la chlamydiose, qui est actuellement la MTS la plus souvent signalée au Canada (84 % de tous les cas de MTS) (figure 2). Les jeunes femmes sont les plus touchées par *Chlamydia* et ignorent souvent qu'elles sont infectées. Au nombre des séquelles qui peuvent en résulter figurent les atteintes inflammatoires pelviennes, les grossesses ectopiques et l'infertilité, sources inutiles de souffrance physique et psychologique.

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Chlamydiose génitale

Les chlamydioses sont causées par la bactérie *Chlamydia trachomatis*. Elles peuvent se manifester chez les hommes par une urétrite et, chez les femmes, par une cervicite mucopurulente[1]. Dans la population féminine (et peut-être masculine), de 50 % à 70 % des chlamydioses sont souvent asyrnptomatiques. Si l'infection n'est pas détectée ni traitée, la personne hôte peut continuer de porter la bactérie pendant des mois et la transmettre à ses partenaires sexuels[2]. Les complications d'une chlamydiose non traitée ou insuffisamment traitée peuvent être sévères chez les femmes : grossesse ectopique (30 %)[3], atteinte inflammatoire pelvienne (25 % à 65 %)[4] et infertilité.

La transmission verticale de *Chlamydia* constitue la principale cause de conjonctivite infectieuse (40 %) et de pneumonie (73 %)[5] chez le nouveau-né. À cause de la morbidité et des coûts qui y sont associés, les chlamydioses représentent un important problème de santé publique. La chlamydiose génitale est la maladie transmise sexuellement la plus souvent signalée au Canada depuis que sa déclaration est devenue obligatoire en 1990.

En 1991, seules les données communiquées par neuf provinces/territoires ont été compilées, le nombre total de cas signalés s'établissant à 39 003. Si l'on présume que le taux était similaire dans les provinces/territoires qui n'ont pas fourni de données, on obtient un total de 51 264 cas en 1991. Le nombre de cas signalés à l'échelle nationale est tombé à 37 551 en 1995, soit une baisse de 26,8 % sur une période de 5 ans, si l'on utilise les estimations de 1991. Le taux d'incidence calculé d'après le nombre réel de cas déclarés a diminué de 30,3 %, passant de 182,2 cas pour 100 000 habitants en 1991 à 127 cas pour 100 000 en 1995 (figure 3).

En 1995, 75,8 % des cas de chlamydiose génitale étaient des femmes. La sous-représentation des hommes est due principalement à la forte proportion dans cette population de cas asymptomatiques (qui n'ont pas fait l'objet d'une consultation) et au fait qu'il existe moins de programmes de dépistage pour les hommes que pour les femmes.

En 1995, 70,3 % de tous les cas signalés étaient âgés entre 15 et 24 ans (annexe 2). Les femmes dans le groupe des 15 à 19 ans affichaient le taux le plus élevé, soit 1109,1 cas pour 100 000, ce qui est près de 9 fois plus élevé que le taux national. Le taux le plus élevé chez les hommes a été relevé dans le groupe des 20 à 24 ans (335,6 cas pour 100 000) et dépassait de 2,6 fois le taux national (figure 4).

À l'échelle régionale, les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) ont fait état d'un taux d'infection de 1 388,5 cas pour 100 000 habitants, incidence qui est 11 fois supérieure au taux national (127/100 000). Les T.N.-O. étaient suivis du Yukon (518,0/100 000) et du Manitoba (264,4/100 000). Terre-Neuve a obtenu un taux relativement faible, 47,5 cas pour 100 000 habitants (figure 5).

Au cours des dernières années, des progrès techniques importants ont été enregistrés dans le domaine du diagnostic des maladies transmises sexuellement — par exemple, les méthodes d'amplification de l'ADN, telles que l'amplification par la polymérase (PCR) et la ligation répétitive d'oligonucléotides (LCR). Ces tests présentent un avantage par rapport aux méthodes actuelles par culture en ce que les prélèvements peuvent être non invasifs (p. ex.,

urine). En outre, ces épreuves ont été prouvées être plus sensibles à détecter les infections avec des faibles concentrations bactériennes que les méthodes usuelles,[6,7] sans compromettre la spécificité[8]. Enfin, les tests par PCR peuvent permettre de définir un groupe de patients dont l'infection à *C. trachomatis* n'aurait pu être détectée à l'aide des méthodes habituelles — notamment chez les hommes de 24 ans et plus[9].

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

Gonorrhée

La gonorrhée est causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*. Chez les hommes, elle se manifeste souvent par une urétrite associée à une dysurie. La plupart des femmes infectées ne présentent aucun symptôme au départ, bien qu'une urétrite ou une cervicite puisse apparaître quelques jours après l'exposition. Chez environ 20 % des femmes infectées, la bactérie aura envahi l'utérus, causant une endométrite, une salpingite ou une pelvipéritonite. Une infection non traitée ou insuffisamment traitée peut entraîner une atteinte inflammatoire pelvienne et l'infertilité[1].

Les taux déclarés de gonorrhée n'ont pas cessé de diminuer depuis 1981. À partir de 1990, le nombre de cas signalés d'infection gonococcique a chuté de 60 % (figure 6). Entre 1990 et 1995, le taux est passé de 52,0 cas à 17,9 cas pour 100 000 habitants, ce qui représente une baisse de 65,6 %.

En 1995, un plus grand nombre d'infections gonococciques a été signalé chez les hommes que chez les femmes : 57,8 % contre 42,1 % (dans 0,1 % des cas, le sexe n'était pas précisé).

Cinquante et un pour cent des cas signalés avaient entre 15 et 24 ans, et 39 % entre 25 et 39 ans. Le taux le plus élevé (87,7 cas pour 100 000) a été relevé chez les femmes de 15 à 19 ans (figure 7). Chez les hommes, c'est le groupe des 20 à 24 ans qui affichait le taux le plus élevé, 70 cas pour 100 000.

Selon les données communiquées, le taux d'incidence dans les Territoires du Nord-Ouest était de 189,9 cas pour 100 000 alors que l'Île-du-Prince-Édouard ne comptait aucun cas. Comme dans le cas de la chlamydiose, les provinces les plus touchées par la gonorrhée étaient, par ordre d'importance, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Manitoba (figure 8).

L'existence de «noyaux de transmetteurs» de MTS est un important facteur qui contribue à la persistance de l'endémie d'infections gonococciques. Ces groupes ont déjà été identifiés comme étant le réservoir de transmission et souvent la source des MTS[5]. Il s'agit d'un sous-groupe dans la population qui change fréquemment de partenaires sexuels pour contracter et transmettre régulièrement des MTS[10]. Les prostitué(e)s, les détenu(e)s, les sans-abri, les travailleurs migrants et d'autres marginaux constituent ce qu'on appelle des noyaux de transmetteurs de MTS dans la population[11]. Aux États-Unis, on a estimé que ces groupes représentaient environ 1 % de la population et qu'ils étaient à l'origine de plus de 50 % des infections gonococciques signalées[12]. Parmi les autres facteurs contribuant à l'épidémie de MTS, citons l'existence d'antécédents de MTS, le faible niveau socioéconomique, l'âge et le groupe ethnique, la concentration des cas dans les centres urbains[13,14], l'accès limité aux services de santé, la toxicomanie et l'abus sexuel[11]. D'autres recherches visant à évaluer et à décrire les noyaux de transmetteurs au Canada s'imposent pour faciliter la mise en oeuvre d'interventions adaptées qui permettront de réduire et, idéalement, d'éliminer les infections causées par des gonocoques.

Souches résistantes de *Neisseria gonorrhoeae*

Depuis 1976, le Laboratoire national pour les MTS a recueilli et compilé des données sur les cas d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* antibiorésistant au Canada. En 1976, un cas d'infection à *N. gonorrhoeae* producteur de pénicillinase (NGPP) a été détecté. En 1995, on avait répertorié 128 cas d'infection à NGPP, 223 cas d'infection due à *N. gonorrhoeae* résistant à la pénicilline et à la tétracycline (NGPP/TR), 904 cas infectés par des souches résistantes à la tétracycline et 147 isolats avec une résistance à médiation chromosomique.

Comme le montrent les statistiques les plus récentes, les tendances relatives aux souches résistantes de *N. gonorrhoeae* sont en train de changer (figure 9). Entre 1985 et 1990, le nombre d'isolats de *N. gonorrhoeae* présentant une résistance plasmidique (NGPP) n'a cessé d'augmenter. Vers 1988, une double résistance à la pénicilline et à la tétracycline (NGPP/TR) a été observée, et ce profil de résistance s'est multiplié jusqu'en 1991.

En raison de la forte proportion de cas de co-infection par le gonocoque et par *Chlamydia*, une bi-thérapie (pénicilline et tétracycline) a été ajoutée dans la version de 1988 des lignes directrices canadiennes pour les MTS pour la gonorrhée et la chlamydiose lorsqu'on traite une infection gonococcique (la bi-thérapie est recommandée uniquement pour le traitement de la gonorrhée; lorsqu'on soupçonne une simple infection à *Chlamydia*, on ne doit traiter que la chlamydiose). Comme l'illustre la figure 10, les données recueillies montrent que la résistance à la tétracycline (NGTR) a continué de croître entre 1988 et 1994, puis a légèrement diminué en 1995.

La version de 1992 des lignes directrices canadiennes pour le traitement des MTS[15] contenait la même recommandation concernant la bi-thérapie et proposait pour le traitement des gonorrhées non compliquées deux classes d'antibiotiques : les céphalosporines et les fluoroquinolones. Ces antibiotiques étaient efficaces à la fois contre les souches résistantes à la pénicilline et à la tétracycline. Le nombre de cas de gonorrhée résistante à la pénicilline a continué de décliner de façon importante depuis 1992 (figure 10).

Le Bureau de microbiologie, LLCM, a signalé des isolats de *N. gonorrhoeae* qui présentaient une sensibilité réduite à la ciprofloxacine (concentration minimale inhibitrice variant entre 0,125 et 0,5 mg/L jusqu'à ³ 1,0 mg/L). Entre 1993 et 1995, on a observé une augmentation de près de 60 % du nombre d'isolats affichant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine, bien qu'en chiffres absolus, le nombre d'isolats demeure faible (tableau 1).

Tableau 1
***Neisseria gonorrhoeae* ayant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine**

Année	Intervalle de la CMI (mg/L)		N^bre total
	0,125 à 0,5	>= 1,00	
1993	30	2	32
1994	59	5	64
1995	36	15	51

Remarque : Au nombre des isolats présentant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine peuvent figurer des isolats de NGPP, NGTR, NGRC ou d'autres isolats sensibles à tous les antimicrobiens étudiés par le Laboratoire national pour les MTS.

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise
mise à jour le
février 1998
1998

Canada

Santé Canada / Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Syphilis

La syphilis est causée par le spirochète *Treponema pallidum*. La maladie évolue par étapes : primaire, secondaire, latente précoce, latente tardive et tertiaire (syphilis cardiovasculaire, syphilis gommeuse, neurosyphilis)[16,17]. Il existe deux grandes classifications de la syphilis : d'après ses manifestations cliniques ou son infectiosité. La classification clinique distingue différents stades successifs : symptomatique précoce (syphilis primaire et secondaire) et autres formes de syphilis (latente précoce, latente tardive et tertiaire). La classification fondée sur le degré d'infectiosité distingue la syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente précoce), la syphilis non infectieuse (latente tardive et tertiaire) et la syphilis congénitale. La méthode la plus utile aux fins de la surveillance est la classification fondée sur le degré d'infectiosité, qui permet d'estimer le risque de transmission de la maladie[16,17]. Avant 1993, le LLCM recevait des données agrégées par catégorie clinique. Dans le présent rapport, les diverses formes de syphilis sont classées selon leur degré d'infectiosité.

Syphilis infectieuse

La syphilis infectieuse est définie dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada[16] comme étant le résultat d'un contact avec un sujet infectieux, contact qui peut être associé à la transmission de la maladie. La syphilis latente précoce entre dans la catégorie des maladies infectieuses car elle peut être transmise à des contacts lors de récidives. La figure 11 indique le nombre de cas déclarés de la syphilis infectieuse, selon l'âge et le sexe, au Canada en 1995.

En 1995, le taux de syphilis infectieuse au Canada s'établissait à 0,5 cas pour 100 000 habitants. Ce taux est demeuré pratiquement inchangé depuis 1993. Le taux dans la population masculine a progressé entre 1993 et 1994 pour ensuite retomber à son niveau antérieur en 1994-1995; la variation dans l'ensemble est donc nulle. Entre 1993 et 1995, le taux chez les femmes est passé de 0,5 à 0,4 cas pour 100 000, soit une diminution de 20 % (figure 12).

Soixante-deux pour cent des cas signalés étaient des hommes et 38 %, des femmes (annexe 1); 64 % étaient âgés entre 20 et 39 ans. Les hommes de 20 à 24 ans affichaient le taux le plus élevé, à savoir 1,4 cas pour 100 000 habitants de sexe masculin. Le taux le plus élevé dans la population féminine a été relevé chez les 20 à 24 ans (1,2 cas pour 100 000). On n'observait aucune différence significative dans l'incidence entre les femmes de 15 à 19 ans et celles de 25 à 29 ans. Les deux groupes présentaient un taux de 1,1 pour 100 000 (figure 13).

À l'échelle régionale, la Saskatchewan a enregistré un taux de syphilis infectieuse de 1,9 cas pour 100 000. L'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest n'ont fait état d'aucun cas de syphilis infectieuse en 1995 (figure 14).

Syphilis non infectieuse (syphilis, autre)

Cette catégorie a été modifiée en 1993 pour englober les cas de syphilis latente, tertiaire et non précisée.

En 1995, 434 cas d'autres formes de syphilis ont été signalés au Canada, ce qui représente une baisse de 36,7 % par rapport aux 686 cas rapportés en 1993. Entre 1993 et 1995, la proportion de cas déclarés a chuté de 37,5 %, le taux passant de 2,4 à 1,5 cas pour 100 000. On notait une légère différence dans les taux généraux d'incidence chez les hommes et les femmes en 1995, qui s'élevaient, respectivement, à 1,5 et à 1,4 cas pour 100 000 (figure 15).

Les groupes les plus touchés étaient les hommes de 25 à 29 ans et de 30 à 39 ans, qui affichaient un taux de 2,4 cas pour 100 000, ainsi que les femmes de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, qui ont démontré, respectivement, des taux de 2,1 et 2,3 cas pour 100 000 (figure 16). En 1995, 51 % des cas étaient des hommes et 49 %, des femmes. Soixante-dix-huit pour cent des cas signalés étaient âgés de >= 30 ans.

En 1995, l'Ontario a enregistré un taux de 2,6 cas pour 100 000 habitants. Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Colombie-Britannique, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest n'ont déclaré aucun cas (figure 17).

Syphilis congénitale

La syphilis congénitale résulte de la transmission verticale de *Treponema pallidum* d'une mère infectée à son foetus. Les infections foetales entraînent souvent des avortements spontanés ou des mortinaissances et des accouchements prématurés. Le risque de mortalité infantile chez les nouveau-nés et les nourrissons présentant une syphilis congénitale à la naissance sont plus élevés à cause de leur faible poids à la naissance et des maladies systémiques généralisées associées à cette maladie. Cette dernière est souvent asymptomatique au cours des premières semaines de vie[1]. Bien que la syphilis congénitale puisse n'être diagnostiquée que plus tard dans la vie, la définition de cas s'applique aux nouveau-nés et aux nourrissons de < 1 an[17]. Ainsi, le dénominateur approprié pour calculer le taux de syphilis congénitale chez les nourrissons est le nombre de naissances vivantes.

En 1995, deux cas de syphilis congénitale chez des nourrissons de < 1 an ont été signalés en Ontario, un chez un petit garçon et un autre chez une petite fille (figure 18). Entre 1992 et 1995, la majorité des cas ont été enregistrés dans les provinces de l'Ontario et du Québec; l'Alberta a été la seule autre province à déclarer au moins un cas de syphilis congénitale en 1994.

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la pro de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

Virus du papillome humain

Le virus du papillome humain (VPH) est un petit virus à ADN non enveloppé. Plus de 70 types de VPH ont été identifiés, dont environ 25 types qui sont responsables d'infections génitales et qui sont surtout transmis par voie sexuelle. Le port du condom peut réduire le risque de transmission mais n'offre pas une protection complète. Les femmes peuvent transmettre le VPH à leur nouveau-né au cours de l'accouchement et ces derniers peuvent présenter une papillomatose laryngée.

Les condylomes génitaux ne sont pas considérés comme des maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale; leur prévalence s'élève à environ 2 % chez les Canadiennes actives sexuellement[18]. La majorité des infections à VPH sont bénignes et transitoires, régressant spontanément en quelques mois ou quelques années. Des données récentes semblent indiquer toutefois qu'un petit sous-groupe de femmes ne peuvent se débarrasser de cette infection; des types spécifiques de VPH persistant chez ces femmes jouent le rôle de précurseurs biologiques du cancer du col utérin. Des condylomes plans du col utérin et des infections latentes peuvent contenir des types de VPH persistant et évoluer vers un cancer du col utérin. Le traitement des verrues génitales et des condylomes plans du col utérin est utile sur le plan esthétique et sert également à réduire la transmission de l'infection aux partenaires sexuels[19-28].

Le VPH ne fait pas actuellement l'objet d'une surveillance systématique au Canada; on en ignore donc la prévalence. Des études de prévalence aux États-Unis et en Europe ont révélé que de 10 % à 40 % des femmes sexuellement actives sont infectées par le VPH à un moment ou à un autre.

Les types 6 et 11 sont mis en cause dans les condylomes génitaux externes et la papillomatose laryngée; les types 16, 18, 31, 33 et 35 sont associés au cancer du col utérin[19,20]. Il est ainsi possible d'utiliser les taux d'incidence du cancer du col utérin comme mesure de remplacement lorsqu'on ignore les génotypes spécifiques du VPH. Bien que l'utilisation de cette mesure amène à sous-estimer la prévalence réelle du VPH, elle peut aider à détecter les tendances. En 1995, le cancer était rapporté comme étant la deuxième cause de mortalité pour les hommes et les femmes au Canada[37]. "Le cancer du col du utérin est dans plusieurs parties du monde, spécialement dans les pays en développement, la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes"[29,30].

Entre 1990 et 1995, le taux d'incidence du cancer du col utérin normalisé pour l'âge dans l'ensemble de la population féminine est passé de 10,5 à 8,3 cas pour 100 000 femmes, ce qui représente une baisse de 21 % (tableau 2). Les taux correspondants de mortalité pour la même période ont chuté de 18,6 % (figure 19), probablement à cause du déclin du taux d'incidence[31].

À la demande des médecins, le Laboratoire national d'oncologie virale, Bureau de microbiologie, Santé Canada, a testé et analysé 1 056 prélèvements endocervicaux pour y détecter le VPH en 1995. Sur l'ensemble des échantillons, 63 % étaient négatifs; parmi les échantillons positifs, 63 % (244/387) contenaient le VPH de type 16 (tableau 3).

Tableau 2
Cancer du col utérin : taux pour 100 000 femmes, Canada, 1990-1995

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Taux d'incidence	10,5	9,6	9,4	9,00*	8,7*	8,30*
Taux de mortalité	3,7	3,6	3,02	3,26	3,4	3,01*

Code de référence : 65 de la *Canadian Diagnostic Short List* ou 180 de la CIM-9. Tous les taux sont normalisés selon l'âge.

*Taux estimés. Source : Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada.

Préparé par la Division de la prévention et du contrôle des MTS/Bureau du VIH/sida et des MTS.

Tableau 3
Prélèvements endocervicaux : typage du VPH, 1995

Province	Négatif	VPH 11	VPH 16	VPH 16 et VPH 18	VPH 18	Autre	Non adéquats pour les tests
Ont.	384	1	109	6	12	36	1
Sask.	282	2	135	9	18	59	
T.-N.	2						
Total	**668**	**3**	**244**	**15**	**30**	**95**	**1**

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

Herpès

L'infection par le virus de l'herpès simplex (VHS) n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Canada et l'on possède peu de données sur sa séroprévalence. Le nombre d'échantillons positifs aux tests de dépistage de l'herpès selon le Bureau de microbiologie, LLCM, a augmenté de 12,5 % de 1990 à 1991. Après un déclin observé entre 1992 et 1994, une légère augmentation de 3,8 % a été enregistrée en 1995 par rapport à 1990. Comme l'infection à VHS n'est pas déclarée, les taux d'incidence et les tendances ne peuvent pas être établies à partir du nombre d'épreuves de laboratoire.

On note cependant un changement dans la distribution des types d'échantillons qui sont positifs pour le VHS. En 1995, 16 189 échantillons étaient positifs pour le virus de l'herpès : 9,3 % pour le groupe des herpèsvirus , 7,1 % pour le virus herpès simplex non typé, 40,4 % pour le virus herpès simplex de type 1, et 43,2 % pour le virus herpès simplex de type 2 (annexe 3). Entre 1990 et 1995, la proportion d'isolats du virus herpétique qui ont fait l'objet d'un typage spécifique pour le VHS 1 et le VHS 2 a crû de 31,5 % (figure 20; annexe 3). Les données ne sont plus ventilées par sexe, âge ou site de la lésion.

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)

D'après les données reçues en date du 30 juin 1996, 1 180 cas de sida ont été diagnostiqués en 1995, 91 % de ces cas étaient des adultes de sexe masculin, 7 % des adultes de sexe féminin, et 1,4 % des enfants (< 15 ans). Quarante-six pour cent des cas appartenaient au groupe des 30 à 39 ans, et 38 % étaient âgés de 40 à 59 ans (figure 21).

Après correction pour tenir compte des retards dans la déclaration et des sous-estimations, le nombre de cas signalés (1 180) en 1995 devrait s'établir à 2 314 (avec des intervalles de confiance à 95 %).

Voici les groupes d'adultes les plus fréquemment exposés en 1995 (figure 22) :

- les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (796 cas);
- les partenaires hétérosexuels d'une personne à risque d'être infectée par le VIH ou qui est infectée par le VIH (95 cas);
- les utilisateurs de drogues injectables (79 cas);
- les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui s'injectent de la drogue (59 cas); et
- les partenaires hétérosexuels d'une personne dans un pays de modèle II, c'est-à-dire les pays où les modes de transmission prédominants sont les relations hétérosexuelles (50 cas).

Dans 61 cas, on ne retrouvait aucun facteur de risque. Deux des 17 enfants infectés avaient reçu du sang ou des facteurs de coagulation. La transmission périnatale a été la cause dans 13 cas et, dans 2 cas, le facteur de risque n'a pas été précisé.

À l'échelle régionale, l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique ont signalé la majorité des cas en 1995, soit 444, 363 et 209 cas, respectivement. Le taux d'incidence pour 100 000 habitants s'élevait à 8,1 en Ontario, 12,7 au Québec et 7,4 en Colombie-Britannique. La région des Prairies et des Territoires (Saskatchewan, Manitoba, Yukon et Territoires du Nord-Ouest) comptait le plus petit nombre de cas signalés (25) au Canada, le taux d'incidence s'établissant à 1,4 cas pour 100 000 habitants. La région de l'Atlantique (Terre-Neuve, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick) affichait un taux d'incidence de 2,7 cas pour 100 000 (47 cas signalés). En Alberta, le taux d'incidence s'élevait à 3,8 cas pour 100 000 (92 cas signalés) (figure 23).

Pour obtenir plus de détails, on peut consulter le rapport annuel de la Division de la surveillance du VIH/sida[32] et les mises à jour trimestrielles de la surveillance (publiées par la Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM) ou Internet à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/surv/index.html

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Atteintes inflammatoires pelviennes

Les atteintes inflammatoires pelviennes (AIP) englobent un ensemble d'états inflammatoires qui affectent les organes génitaux internes de la femme. Environ 10 % des femmes ont connu au moins un épisode d'AIP dans leur vie[5]. On estime que de 75 % à 85 % des cas d'AIP sont causés par des maladies transmises sexuellement, notamment par la gonorrhée et la chlamydiose, qui sont responsables, respectivement, de 20 % à 40 % et de 25 % à 65 % des cas[5]. Les séquelles des AIP peuvent être graves : douleurs pelviennes chroniques, grossesse ectopique et stérilité tubaire. Environ 15 % des femmes qui ont souffert d'une AIP deviennent infertiles après un épisode et 30 % après deux infections. Les coûts pour le traitement des AIP (code 614 de la CIM-9) au Canada sont élevés. D'après les statistiques sur la morbidité hospitalière de 1984-1985, le coût total des services hospitaliers et des soins en consultation externe a été évalué à plus de 140 millions de dollars, sans compter le coût des examens liés aux douleurs pelviennes chroniques. La durée moyenne de séjour à l'hôpital était alors de 6,2 jours, et 40 % des patientes subissaient une intervention chirurgicale[33]. Goeree et Gully ont estimé à 100 000 le nombre de cas d'AIP hospitalisés et soignés en consultation externe au Canada en 1990[4]. La durée moyenne de séjour à l'hôpital a été établie à 4,2 jours et le coût à 57 792 796 $. L'écart d'une étude à l'autre dans les estimations des coûts associés aux AIP peut être imputable en partie aux méthodes utilisées. Les études ont porté sur un vaste éventail de variables, dont certaines ont trait à la période particulière visée; le coût de la maladie, de la morbidité ou de l'incapacité; les coûts associés aux nouveaux cas et aux séquelles des cas diagnostiqués au cours d'une période précédente; le taux d'hospitalisation; le traitement ambulatoire; et les pertes de productivité.

Les AIP ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire au Canada. On ignore leur incidence et leur prévalence réelles. Les données sont tirées des statistiques sur les congés des hôpitaux (Institut canadien d'information sur la santé ou ICIS). Seuls les cas qui sont assez graves pour être hospitalisés sont comptabilisés; les cas moins graves traités en dehors de l'hôpital ne sont pas inclus. De plus, ces données rendent compte du nombre de congés des hôpitaux et non du nombre de cas. Si des femmes sont hospitalisées plus d'une fois pour une même AIP au cours d'une année financière, chaque congé obtenu de l'hôpital est compté. L'estimation faite à partir de ces données ne correspond donc pas au taux d'incidence réel. Les taux d'incidence ont été établis pour 100 000 femmes, par groupes d'âge en utilisant les données démographiques de Statistique Canada.

À l'échelle nationale, les taux de cas d'AIP traités à l'hôpital chez les femmes de 15 à 44 ans ont décliné depuis le début des années 80. Entre 1984-1985 et 1993-1994, ils sont passés de 281,2 à 125,5 pour 100 000, soit une baisse de 55,4 % (figure 24). Jusqu'en 1992-1993, les femmes de 20 à 24 ans présentaient les taux d'AIP les plus élevés. Depuis, elles ont été dépassées par les femmes de 25 à 34 ans, qui ont enregistré un taux de 147,9 pour 100 000 en 1993-1994, contre 141,7 pour 100 000 pour les femmes de 20 à 24 ans. Les taux les plus bas ont été relevés dans le groupe des 15 à 19 ans et des 35 à 44 ans, qui ont obtenu des taux de 125,5 et 110,1 pour 100 000, respectivement. C'est dans le groupe des 20 à 24 ans que la baisse de l'incidence a été la plus marquée entre 1984-1985 et 1993-1994, passant de 385,9 à 141,7 pour 100 000, soit un déclin de 63,2 %.

La deuxième baisse en importance a été enregistrée chez les femmes de 15 à 19 ans, les taux d'AIP ayant chuté de 60,7 % entre 1984-1985 et 1993-1994. Le repli a été le moins marqué chez les 35 à 44 ans, les taux ayant reculé de 35,0 % au cours de cette même période de 10 ans. Il convient toutefois de noter que depuis le milieu des années 80,

les taux d'AIP ajustés pour l'âge ont eu tendance à se rapprocher (annexe 4).

Le taux de congé des hôpitaux pour une AIP a fléchi de 55,5 % entre 1984 et 1993, passant de 281,8 à 125,5 pour 100 000 habitants. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette baisse des taux d'AIP au cours de la dernière décennie. Il est possible que la prévalence des AIP ait vraiment diminué, hypothèse que semble corroborer le déclin des taux d'infection gonococcique et de chlamydiose. Cette diminution pourrait également être un artefact de la méthode de collecte de données. Si un plus grand nombre de cas d'AIP sont diagnostiqués et traités à l'extérieur de l'hôpital aujourd'hui qu'il y a 10 ans, on observerait alors une baisse artificielle des taux d'AIP, parce que les seules données disponibles sont les statistiques hospitalières[4,5,33]. Comme la plupart des cas d'AIP sont atypiques ou sont faiblement symptomatiques ou asymptomatiques, un plus petit nombre de gens consultent un médecin. Ce facteur contribuerait également au déclin des taux de prévalence d'AIP[34-36].

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

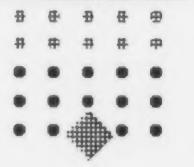
Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English



[Table des matières]

Références

1. Benenson AS, editor. *Control of communicable diseases in man* (16e éd.). Washington, DC : American Public Health Association, 1995.

2. Peeling RW, Brunham R. *Chlamydia as pathogens: new species and new issues*. Emerg Infect Dis 1996;2:oct-déc.

3. Kosseim M, Brunham RC. *Fallopian tube obstruction as a sequela to **Chlamydia trachomatis** infection*. Eur J Clin Microbiol 1986;5:584-90.

4. Goeree R, Gully P. *Fardeau que reprsentent la **Chlamydia trachomatis** et la **Neisseria gonorrhoeae** au Canada*. Dans : *Prvention de l'infertilit, collection d'tudes de la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction*, vol 8. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services, Canada, 1993:29-76.

5. Ronald AR, Peeling RW. *Les infections transmises sexuellement : leurs manifestations et leurs liens avec l'infertilitét les maladies de l'appareil reproducteur*. Dans : *Comprhension de l'infertilité facteurs de risque*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services Canada. 1993:1-131.

6. Peeling RW, Brunham RC. *Molecular techniques for the laboratory identification of **Chlamydia trachomatis***. J Int Fed Clin Chem 1994;6(3):78-82.

7. Ostergaard L, Birkelund S, Christiansen G. *Use of polymerase chain reaction for detection of **Chlamydia trachomatis***. J Clin Microbiol 1990;28:1254-60.

8. Peeling RW. ***Chlamydia trachomatis** and **Neisseria gonorrhoeae**: pathogens in retreat?* Curr Opinion Infect Dis 1995;8:26-34.

9. Peeling RW, Blanchard J, Dillon E, Giercke S, Graham L, Jolly A et coll. *Case finding for genital chlamydia infections in men: who should we be targeting?* Résumé présenté à la Société canadienne des maladies infectieuses, 1997.

10. Taylor-Robinson D. *Tests for infection with **Chlamydia trachomatis***. Int J STD AIDS 1996;7:19-26.

11. Eng TR, Butler WT, éd. *The hidden epidemic, confronting sexually transmitted diseases*. Washington : National Academy Press, 1997:107.

12. Brougham RC. *The concept of core and its relevance to the epidemiology and control of sexually transmitted diseases*. Sex Transm Dis 1991;18(2):67-8.

13. Brooks GF, Danow WW, Day JA. *Repeated gonorrhea: analysis of importance and risk factors*. J Infect Dis 1978;137:161-9.

14. Rice RJ, Roberts PL, Handsfield H, Holmes KK. *Sociodemographic distribution of gonorrhea incidence: implications for prevention and behaviour research*. Am J Public Health 1991;81(10):1252-8.

15. Santé et Bien-être social Canada. *Lignes directrices canadiennes pour la prvention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-ns, les enfants, les adolescents et les adultes.* Ottawa : Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, 1992:90-91.

16. Giglia L, Gully PR. *Syphilis : tendances au Canada 1981-92*. RMTC 1994;20(14):113-20.

17. Santé et Bien-être social Canada. *Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : dfinition de cas et mthodes de surveillance particulires àchaque maladie*. RHMC 1991;17S3:30.

18. Ferenczy A. *Epidemiology and clinical pathophysiology of* ***condylomata acuminata***. Am J Obstet Gynecol 1995;172:1331-9.

19. Shah KV. *Biology of human genital tract papillomaviruses*. Dans : Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et coll, éds. *Sexually transmitted diseases*. 2e éd. New York : McGraw-Hill, 1990:425.

20. Lorincz AT, Reid R, Jenson AB, Greenberg MD, Lancaster W, Kurman R. *Human papillomavirus infection of the cervix: relative risk associations of the 15 most common anogenital types*. Obstet Gynecol 1992;79:328-37.

21. Koutsky LA, Galloway DA, Holmes KK. *Epidemiology of genital human papillomavirus infection*. Epid Rev 1988;10:122-63.

22. Brunham RC, Holmes KK, Embree JE. *Sexually transmitted diseases in pregnancy*. Dans : Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et coll, éds. *Sexually transmitted diseases*. 2e éd. New York : McGraw-Hill, 1990:793.

23. Evander M, Edlund K, Gustafsson A, Jonsson M, Karlsson R, Rylander E et coll. *Human papillomavirus infection is transient in young women: a population-based cohort study*. J Infect Dis 1995;171:1026-30.

24. Melkert P, Hopmen E, Van Den Brule A, Risse E, Van Diest P, Bleker O et coll. *Prevalence of HPV in cytomorphologically normal cervical smears, as determined by the polymerase chain reaction, is age-dependent*. Int J Cancer 1993;53:919-23.

25. Ferenczy A. *HPV infections: current concepts, new developments*. J Soc Obstet Gynecol Can 1997;19(4):369-81.

26. Ho GYF, Burk RD, Klein S, Kadish AS, Chang CJ, Prabhudas P. *Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia*. J Natl Cancer Inst 1995;87:1365-71.

27. Young TK, McNicol PJ, Katz A. *Factors associated with human papillomavirus (HPV) infection in an urban population*. Winnipeg : Northern Health Research Unit, Department of Community Health Sciences, The University of Manitoba, juin 1995.

28. Bosch FX, Manos MM, Munzo M, Sherman M et coll. *Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) study group*. J Natl Cancer Inst 1995;87(11):796-802.

29. Statistique Canada. *Mortalité liste sommaire des causes, 1995.* Ottawa : Statistique Canada (nº de cat. 84-209).

30. Lytwyn A, Sellors JW. *Sexually transmitted human papillomavirus: current concepts and control issues*. Can J Human Sexuality 1997;(6)2:113-26.

31. Institut national du cancer du Canada, Registres du cancer des provinces et des territoires, Santé Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 1996.* Toronto. 1996.

32. Santé Canada. *Le sida au Canada, rapport annuel sur le sida au Canada.* Ottawa : Division de la Surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Direction générale de la protection de la santé, décembre 1996.

33. Todd MJ, Estany A, McLaren R. *Cots de l'inflammation pelvienne et de ses squelles au Canada.* RHMC 1988;14(12):206-8.

34. Illis SD, Joesoef R, Marcbanks PA, Wasserheit JN, Gates W Jr, Westrom L. *Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility*. Am J Obstet Gynecol 1993;168:1503-9.

35. Moore DE, Gates W. *Sexually transmitted disease and infertility*. Dans : Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et coll, éds. *Sexually transmitted diseases*. 2e éd. New York : McGraw-Hill, 1990.

36. Wolner-Hanssen P. *Silent pelvic inflammatory disease: is it overstated?* Obstet Gynecol 1995;6:21-5.

37. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. *The leading causes of death at different ages, Canada 1995.* juillet 1997.

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise
mise à jour le
février 1998
1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Annexes

Annexe 1.1 Cas signalés de MTS au Canada par province/territoire et selon le sexe, 1995

Annexe 1.2 Taux de MTS à declaration obligatoire à l'échelle nationale pour 100 000 habitants au Canada selon la province/territoire et le sexe, 1995

Annexe 1.3 Taux de MTS à déclaration obligatoire à l'échelle nationale pour 100 000 habitants, Canada, selon le sexe et l'âge, 1995

Annexe 1.4 Nombre de cas signalés de MTS au Canada selon le sexe et l'âge, 1995

Annexe 2 Chlamydiose génitale : cas signalés et taux selon l'âge et le sexe, Canada, 1995

Annexe 3 Nombre d'échantillons positifs pour le virus herpétique au Canada selon le type de virus, 1990-1995

Annexe 4 Taux par âge* de congé des hôpitaux pour une AIP : 1983-1984 à 1993-1994

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la pro de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Annexe 1.1

Cas signalés de MTS au Canada par province/territoire et selon le sexe, 1995

Province/ Territoire	Sexe	Chlamydiose	Infections gonococciques	Syphilis infectieuse*	Syphilis, autre	Syphilis congénitale†	sida‡	Chancre mou	Conj. Gonoc. nouv.-né
Terre-Neuve	Hommes	45	2	1	0	0		0	0
	Femmes	227	2	0	0	0		0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0		0	0
	Total	272	4	1	0	0		0	0
Île-du-Prince-Édouard	Hommes	27	0	0	0	0		0	0
	Femmes	85	0	0	0	0		0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0		0	0
	Total	112	0	0	0	0		0	0
Nouvelle-Écosse	Hommes	282	15	1	3	0		0	0
	Femmes	884	23	0	12	0		0	0
	Non précisé	1	0	0	0	0		0	0
	Total	1 167	38	1	15	0		0	0
Nouveau-Brunswick	Hommes	164	5	1	5	0		0	0
	Femmes	598	7	0	6	0		0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0		0	0
	Total	762	12	1	11	0		0	0
Québec	Hommes	1 759	425	6	32	0		1	2
	Femmes	5 278	165	7	1	0		0	1
	Non précisé	11	5	0	0	0		0	0
	Total	7 048	595	13	66	0		1	3
Ontario	Hommes	2 931	1 719	58	148	1		0	6
	Femmes	9 157	1 264	34	139	1		0	7
	Non précisé	2	0	0	0	0		0	0
	Total	12 090	2 983	92	287	2		0	13

Manitoba	Hommes	782	376	3	9	0		0	0
	Femmes	2 226	282	1	9	0		0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0		0	0
	Total	3 008	658	4	18	0		0	0
Saskatchewan	Hommes	612	208	9	2	0		0	0
	Femmes	1 737	178	10	1	0		0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0		0	0
	Total	2 344	386	19	3	0		0	0
Alberta	Hommes	1 167	223	3	22	0		0	1
	Femmes	3 851	177	1	12	0		0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0		0	0
	Total	5 018	400	4	34	0		0	1
Colombie-Britannique	Hommes	1 057	40	8	0	0		0	0
	Femmes	3 602	42	2	0	0		0	0
	Non précisé	1	0	0	0	0		0	0
	Total	4 660	82	10	0	0		0	0
Yukon	Hommes	34	11	0	0	0		0	0
	Femmes	122	9	0	0	0		0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0		0	0
	Total	156	20	0	0	0		0	0
Territoires du Nord-Ouest	Hommes	225	40	0	0	0		0	0
	Femmes	689	85	0	0	0		0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0		0	0
	Total	914	125	0	0	0		0	0
Canada	Hommes	9 085	3 064	90	221	1	1 268	1	9
	Femmes	28 451	2 234	55	213	1	124	0	9
	Non précisé	15	5	0	0	0	0	0	0
	Total	37 551	5 303	145	434	2	1 392	1	18

* Comprend la syphilis latente précoce et la syphilis symptomatique précoce (primaire et secondaire)
† La syphilis congénitale n'englobe que les cas signalés chez les nourrissons (< 1 an)
‡ D'après les données sur les cas de sida signalés au LLCM en date du 31 mars 1997. Voir «Mise à jour trimestrielle de la surveillance : Le sida au Canada» Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise
mise à jour le 22 avril 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Annexe 1.2

Taux de MTS à declaration obligatoire à l'échelle nationale pour 100 000 habitants au Canada selon la province/térritoire et le sexe, 1995

Province/ Territoire	Sexe	Chlamydiose	Infections gonococciques	Syphilis infectieuse	Syphilis, autre	Syphilis congénitale*	sida	Chancre mou	Conj. Gonoc. nouv.-né
Terre-Neuve	Hommes	15,6	0,7	0,3	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0
	Femmes	79,1	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	47,5	0,7	0,2	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
Île-du-Prince-Édouard	Hommes	40,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0
	Femmes	123,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	82,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0
Nouvelle-Écosse	Hommes	61,0	3,2	0,2	0,6	0,0	5,2	0,0	0,0
	Femmes	186,1	4,8	0,0	2,5	0,0	0,4	0,0	0,0
	Total	124,4	4,1	0,1	1,6	0,0	2,8	0,0	0,0
Nouveau-Brunswick	Hommes	43,5	1,3	0,3	1,3	0,0	4,0	0,0	0,0
	Femmes	155,9	1,8	0,0	1,6	0,0	0,3	0,0	0,0
	Total	94,7	1,6	0,1	1,4	0,0	2,1	0,0	0,0
Québec	Hommes	48,7	11,8	0,2	0,9	0,0	10,3	0,0	0,05
	Femmes	141,9	4,4	0,2	0,9	0,0	1,3	0,0	0,02
	Total	96,1	8,1	0,2	0,9	0,0	5,8	0,0	0,04
Ontario	Hommes	53,5	31,4	1,1	2,7	0,0	9,2	0,01	0,1
	Femmes	163,0	22,5	0,6	2,5	0,0	0,7	0,0	0,1
	Total	109,0	26,9	0,8	2,6	0,0	4,9	0,009	0,1
Manitoba	Hommes	138,6	66,7	0,5	1,6	0,0	2,7	0,0	0,0
	Femmes	388,2	49,2	0,2	1,6	0,0	0,2	0,0	0,0
	Total	264,4	57,9	0,4	1,6	0,0	1,4	0,0	0,0
Saskatchewan	Hommes	121,2	41,2	1,8	0,4	0,0	2,2	0,0	0,0
	Femmes	340,0	34,8	2,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0
	Total	230,8	38,0	1,9	0,3	0,0	2,2	0,0	0,0

Alberta	Hommes	84,4	16,1	0, 2	1,6	0,0	6,4	0,0	0,07
	Femmes	282,4	13,0	0,1	1,6	0,0	0,4	0,0	0,0
	Total	182,7	14,6	0,1	1,2	0,0	3,5	0,0	0,03
Columbie-Britannique	Hommes	56,5	2,1	0,4	0,0	0,0	12,2	0,0	0,0
	Femmes	190,2	2,2	0,1	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0
	Total	123,7	2,2	0,3	0,0	0,0	6,5	0,0	0,0
Yukon	Hommes	222,6	72,0	0,0	0,0	0,0	13,1	0,0	0,0
	Femmes	821,8	60,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	518,0	66,4	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0
Territoires du Nord-Ouest	Hommes	659,6	117,3	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0
	Femmes	2 172,5	268,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0
	Total	1 388,5	189,9	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0
Canada	Hommes	62,0	20,9	0,6	1,5	0,0	8,6	0,0	0,06
	Femmes	190,4	15,0	0,4	1,4	0,0	0,8	0,0	0,06
	Total	126,8	17,9	0,5	1,5	0,5	4,7	0,0	0,06

* La syphilis congénitale n'englobe que les cas signalés chez les nourrissons (< 1 an) / taux de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes
Les données sur la population utilisées pour le calcul des taux sont des estimations établies à partir du recensement de 1991 de Statistique Canada

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Annexe 1.3

Taux de MTS à déclaration obligatoire à l'échelle nationale pour 100 000 habitants, Canada, selon le sexe et l'âge, 1995

Maladie	Sexe	Total	Groupe d'âge (ans)										
			0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NP (âge)
Chlamydiose	Hommes	61,9	12,2	0,7	0,3	2,0	169,6	335,6	163,1	55,7	10,9	1,6	-
	Femmes	190,4	17,2	0,6	1,0	47,6	1 109,1	1 041,7	336,8	88,5	12,6	1,2	-
	Total	126,8	14,7	0,7	0,7	24,3	627,6	683,7	249,2	72,0	11,8	1,3	-
Infections gonococciques	Hommes	20,9	1,02	0,2	0,0	0,8	41,5	70,0	58,0	32,7	8,8	1,5	-
	Femmes	14,9	0,5	0,5	0,2	7,5	87,8	70,6	27,7	8,7	1,3	0,0	-
	Total	17,9	0,8	0,4	0,1	4,1	64,0	70,3	43,1	20,8	5,0	0,7	-
Syphilis infectieuse*	Hommes	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,4	1,2	1,1	0,7	0,2	-
	Femmes	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2	1,1	0,4	0,2	0,0	-
	Total	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3	1,2	0,8	0,5	0,1	-
Syphilis, autre† (non-infectieuse)	Hommes	1,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,6	2,4	2,4	1,9	2,3	-
	Femmes	1,4	0,0	0,1	0,0	0,0	1,0	2,0	2,3	1,2	1,7	2,3	-
	Total	1,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,7	1,3	2,4	1,8	1,8	2,3	-
Syphilis congénitale‡	Hommes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Femmes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Non précisé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	0,5	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chancre mou	Hommes	0,007	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,096	0,0	0,0	0,0	0,0	-
	Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
	Non précisé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
	Total	0,007	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-

Les données sur la population utilisées pour le calcul des taux sont des estimations établies à partir du recensement de 1991 de Statistique Canada.
NP = non précisé
* Syphilis infectieuse = syphilis symptomatique précoce + syphilis latente précoce
† Syphilis, autre = syphilis latente tardive + syphilis tertiaire
‡ Taux de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes (sexe non précisé)

Source : Bureau des maladies infectieuses, Division de la surveillance des maladies, mai 1997
Préparé par : la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

Annexe 1.4

Nombre de cas signalés de MTS au Canada selon le sexe et l'âge, 1995

Maladie	Sexe	Total	Groupe d'âge (ans)										
			0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NP (âge)
Chlamydiose	Hommes	9 085	24	6	3	21	1 721	3 478	1 848	1 484	398	33	69
	Femmes	28 451	32	5	10	466	10 704	10 496	3 745	2 312	459	31	191
	Non précisé	15	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	9
	Total	37 551	56	11	13	487	12 427	13 976	5 594	3 796	858	64	269
Infections gonococciques	Hommes	3 064	2	2	0	8	421	725	657	871	320	32	26
	Femmes	2 234	1	4	2	74	847	712	308	227	47	1	11
	Non précisé	5	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2
	Total	5 303	3	6	2	82	1 268	1 437	967	1 099	367	33	39
Syphilis infectieuse*	Hommes	90	0	0	0	0	2	14	14	30	24	5	1
	Femmes	55	0	0	0	0	11	12	12	11	9	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	145	0	0	0	0	13	26	26	41	33	5	1
Syphilis, autre† (non-infectieuse)	Hommes	221	1	0	0	0	5	6	27	64	69	49	0
	Femmes	213	0	1	0	0	10	20	26	32	62	61	1
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	434	1	1	0	0	15	26	53	96	131	110	1
Syphilis congénitale	Hommes	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Femmes	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chancre mou	Hommes	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Femmes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

NP = non précisé
* Syphilis infectieuse = syphilis symptomatique précoce + syphilis latente précoce
† Syphilis, autre = syphilis latente tardive + syphilis tertiaire

Source : Bureau des maladies infectieuses, Division de la surveillance des maladies, mai 1997
Préparé par : la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

Annexe 1.4

Nombre de cas signalés de MTS au Canada selon le sexe et l'âge, 1995

Maladie	Sexe	Total	Groupe d'âge (ans)										
			0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NP (âge)
Chlamydiose	Hommes	9 085	24	6	3	21	1 721	3 478	1 848	1 484	398	33	69
	Femmes	28 451	32	5	10	466	10 704	10 496	3 745	2 312	459	31	191
	Non précisé	15	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	9
	Total	37 551	56	11	13	487	12 427	13 976	5 594	3 796	858	64	269
Infections gonococciques	Hommes	3 064	2	2	0	8	421	725	657	871	320	32	26
	Femmes	2 234	1	4	2	74	847	712	308	227	47	1	11
	Non précisé	5	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2
	Total	5 303	3	6	2	82	1 268	1 437	967	1 099	367	33	39
Syphilis infectieuse*	Hommes	90	0	0	0	0	2	14	14	30	24	5	1
	Femmes	55	0	0	0	0	11	12	12	11	9	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	145	0	0	0	0	13	26	26	41	33	5	1
Syphilis, autre† (non-infectieuse)	Hommes	221	1	0	0	0	5	6	27	64	69	49	0
	Femmes	213	0	1	0	0	10	20	26	32	62	61	1
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	434	1	1	0	0	15	26	53	96	131	110	1
Syphilis congénitale	Hommes	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Femmes	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chancre mou	Hommes	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Femmes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

NP = non précisé
* Syphilis infectieuse = syphilis symptomatique précoce + syphilis latente précoce
† Syphilis, autre = syphilis latente tardive + syphilis tertiaire

Source : Bureau des maladies infectieuses, Division de la surveillance des maladies, mai 1997
Préparé par : la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Annexe 2

Chlamydiose génitale : cas signalés et taux selon l'âge et le sexe, Canada, 1995

Nbre de cas	Âge (ans)									
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+
Les deux sexes	56	11	13	487	12 426	13 976	5 594	3 796	858	64
Hommes	24	6	3	21	1 721	3 478	3 478	1 484	398	33
Femmes	32	5	10	466	10 704	10 496	3 745	2 312	459	31
	Taux									
Les deux sexes	14,7	0,7	0,7	24,3	627,6	683,7	249,2	72,0	12,0	1,6
Hommes	12,2	0,6	0,3	2,0	169,6	335,6	163,1	55,7	11,0	1,2
Femmes	17,2	0,7	1,0	47,6	1 109,1	1 041,7	3 36,8	88,5	12,6	1,3

Préparé par : la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la pro de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières]

Annexe 3

Nombre d'échantillons positifs pour le virus herpétique au Canada selon le type de virus, 1990-1995

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Groupe herpèsvirus	3 337	4 021	2 517	1 552	1 611	1 501
Herpès simplex non typé	4 136	3 596	3 483	2 238	882	1 152
Herpès simplex 1	4 065	4 731	5 279	6 509	6 449	6 536
Herpès simplex 2	4 055	5 197	6 128	6 991	7 117	7 000
Nombre total de cas positifs	15 593	17 545	17 407	17 290	16 059	16 189

Préparé par : la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada Rapport annuel de 1995

Annexe 4

Taux par âge* de congé des hôpitaux pour une AIP : 1983-1984 à 1993-1994

	Année										
	83/84	84/85	85/86	86/87	87/88	88/89	89/90	90/91	91/92	92/93	93/94
Âge	Taux										
15-19	269,6	280,2	267,2	273,1	247,2	236,2	210,0	190,5	166,5	147,0	110,1
20-24	386,0	385,9	373,4	354,5	319,7	286,8	245,3	219,3	196,4	171,6	141,7
25-34	323,1	319,5	306,0	298,5	286,3	252,7	226,6	210,5	192,7	172,1	147,9
35-44	154,7	155,0	151,9	147,8	140,9	130,4	109,2	120,4	116,0	114,5	100,7
15-44	**281,8**	**281,2**	**269,7**	**261,1**	**243,3**	**218,7**	**190,5**	**180,0**	**164,3**	**149,2**	**125,5**
	Nbre de cas										
15-19	2 891	2 868	2 634	2 650	2 368	2 249	1 993	1 803	1 567	1 387	1 046
20-24	4 802	4 797	4 607	4 243	3 723	3 197	2 660	2 309	2 046	1 778	1 459
25-34	7 269	7 320	7 143	7 101	6 951	6 246	5 721	5 359	4 881	4 343	3 700
35-44	2 552	2 664	2 711	2 735	2 710	2 604	2 275	2 609	1 591	2 616	2 359
15-44	17 514	17 649	17 095	16 729	15 752	14 296	13 682	12 090	11 085	10 124	8 564

* Taux pour 100 000 femmes.

Remarque : Depuis 1980, Statistique Canada a présenté toutes les données sur la morbidité hospitalière par année financière. Code de référence pour l'AIP de la CIM-9 ou code 167 de la *Canadian Diagnostic Short List* utilisé par Statistique Canada.

CIM-9 : Classification internationale des maladies, 9e édition.

Préparé par : la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

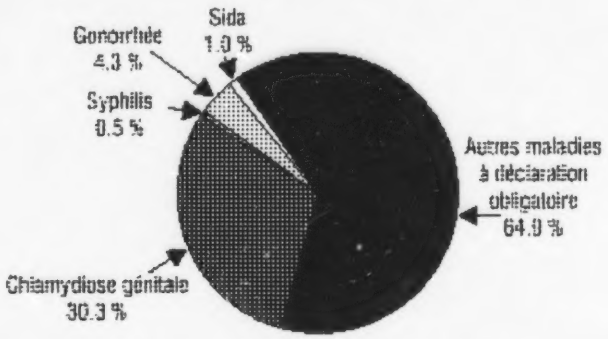
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 1
MTS : Proportion de tous les cas signalés de maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

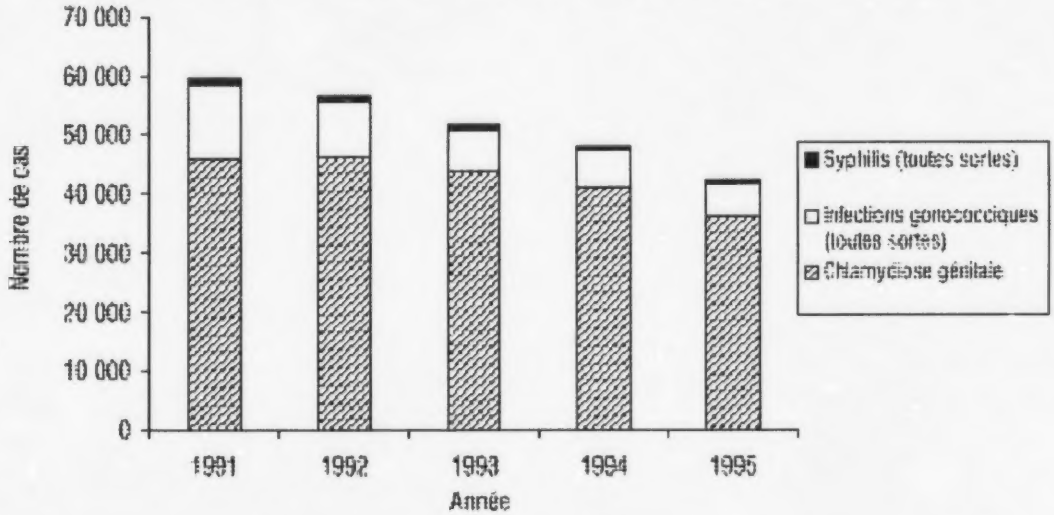
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 2
Cas signalés de maladies transmises sexuellement, Canada, 1991-1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

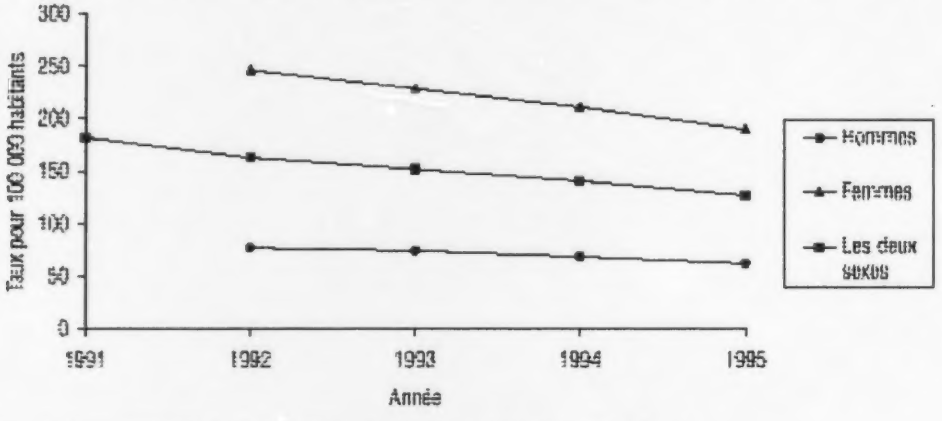
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 3
Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000, Canada, 1991-1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

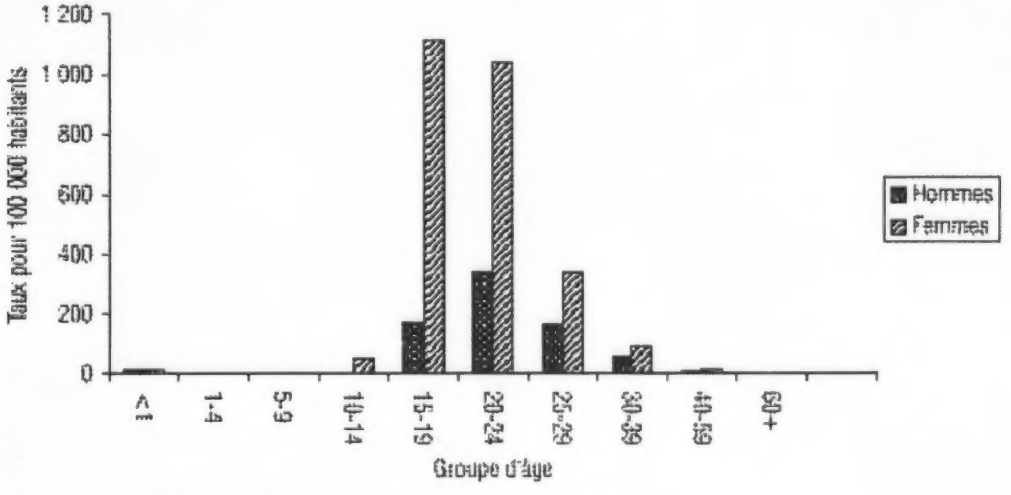
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 4
Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

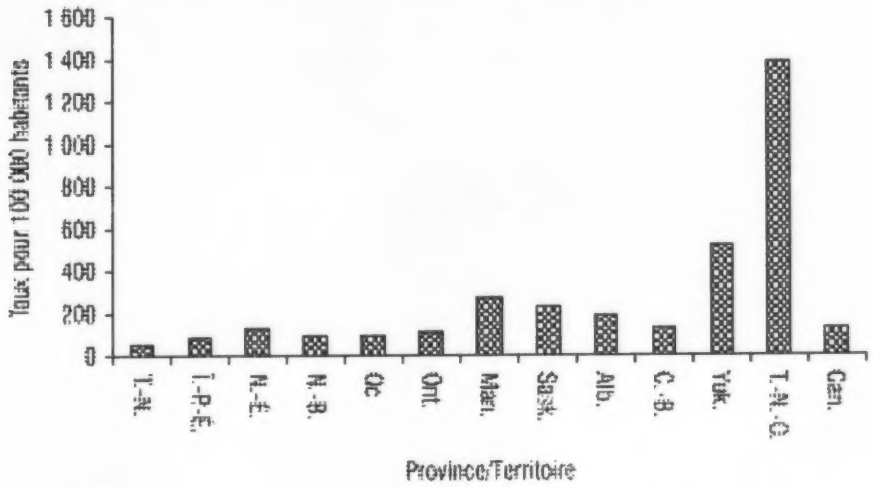
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 5
Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

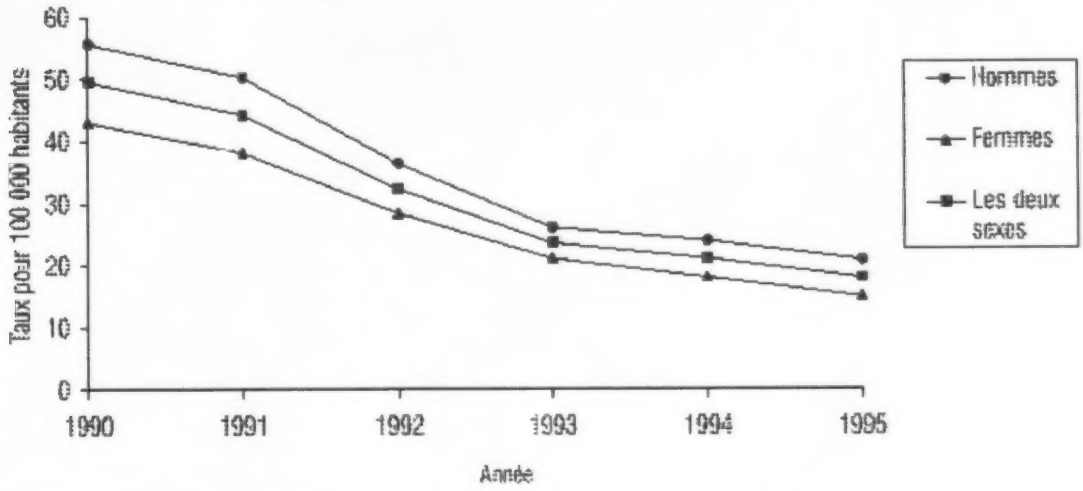
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 6
Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000, Canada, 1990-1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

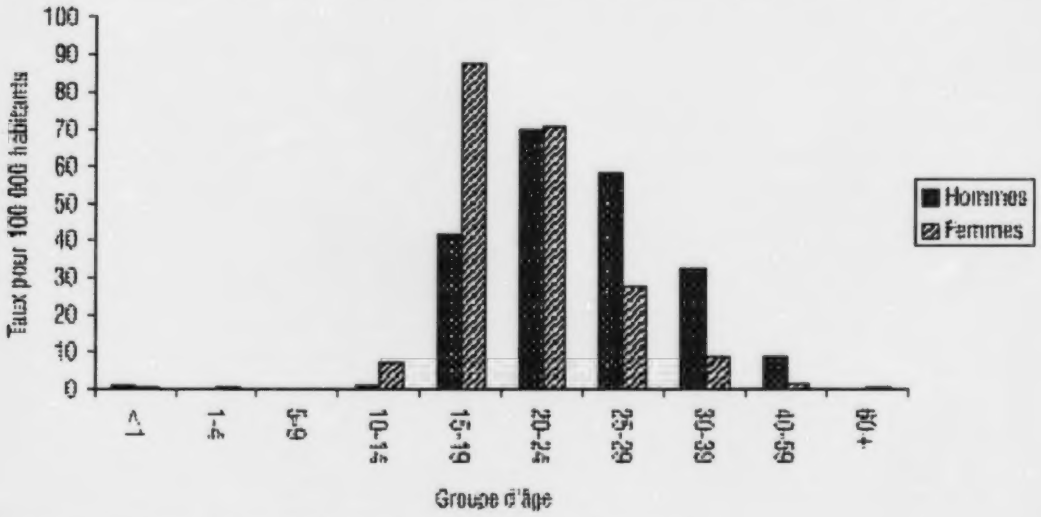
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 7
Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

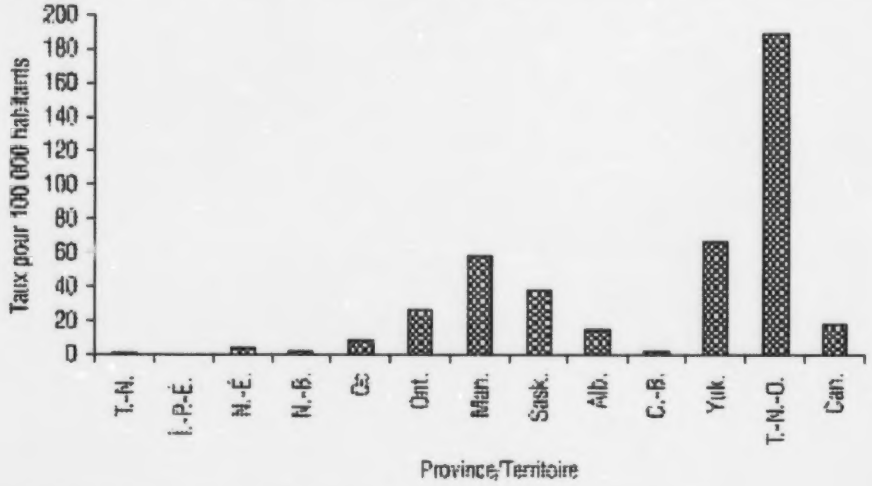
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 8
Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

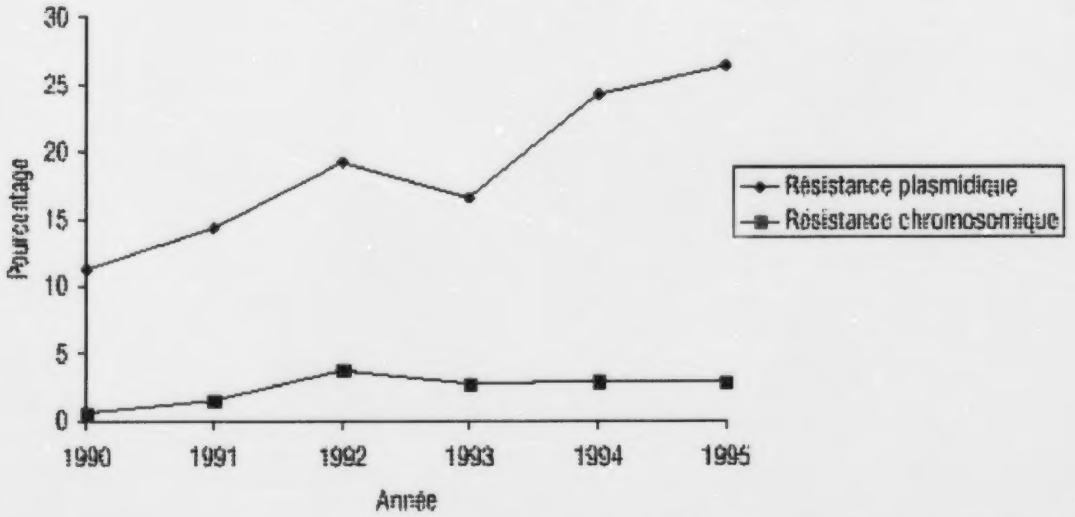
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 9
Proportion d'isolats de gonocoque présentant une résistance à médiation plasmidique et chromosomique, Canada, 1990-1995



Les isolats présentant une résistance chromosomique incluent les isolats qui sont résistants par l'intermédiaire d'un chromosome à la pénicilline, à la tétracycline, à l'érythromycine, à la spectinomycine ou à la cyprofloxacine seules ou en association
Source des données : Bureau de microbiologie, LLCM, Santé Canada, 1997
Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

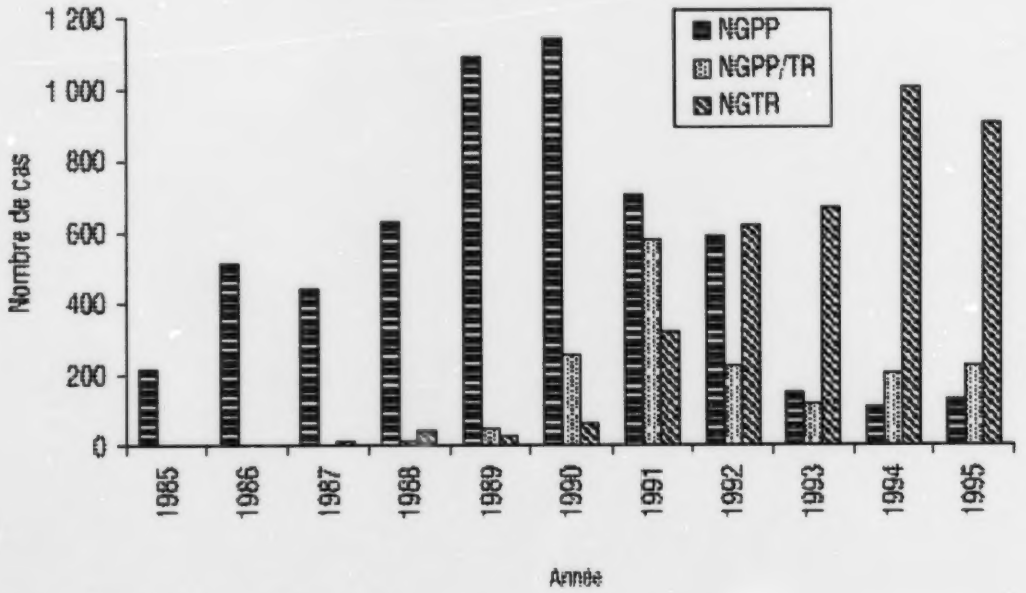
Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

Figure 10
Nombre de cas d'infection à *N. gonorrhoeae* présentant une résistance plasmidique, Canada, 1985-1995



Source des données : Bureau de microbiologie, LLCM, Santé Canada, 1997
Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Dernière mise à jour le 13 février 1998

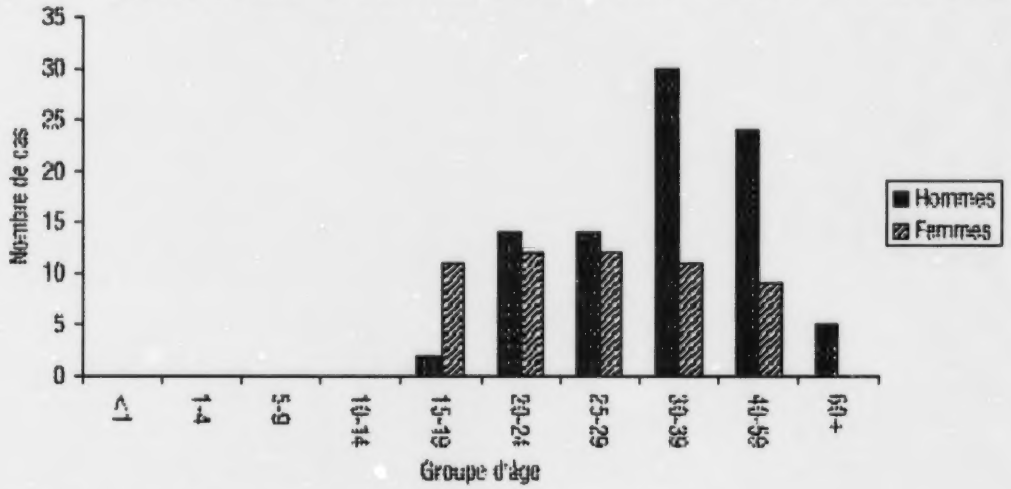
Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

Figure 11
Incidence de la syphilis infectieuse : cas déclarés selon l'âge et le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

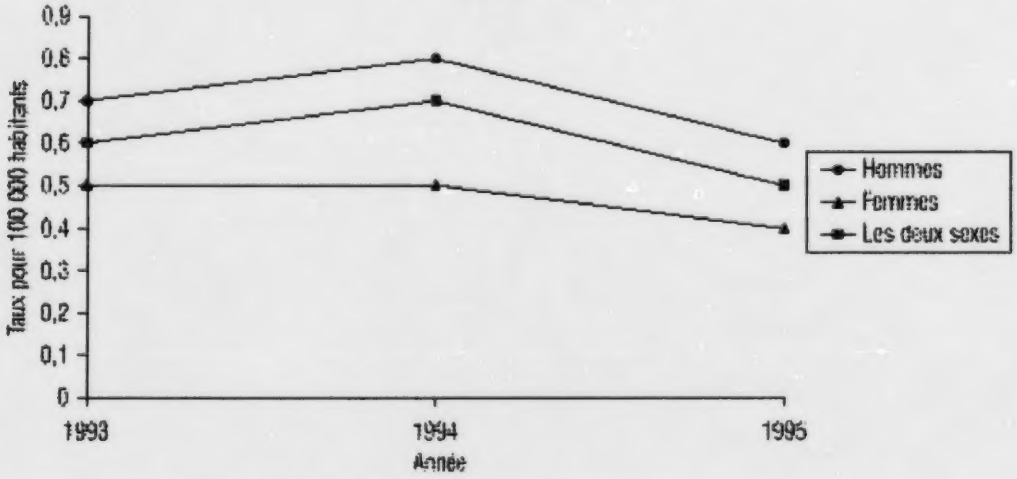
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 12
Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon le sexe, Canada, 1993-1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

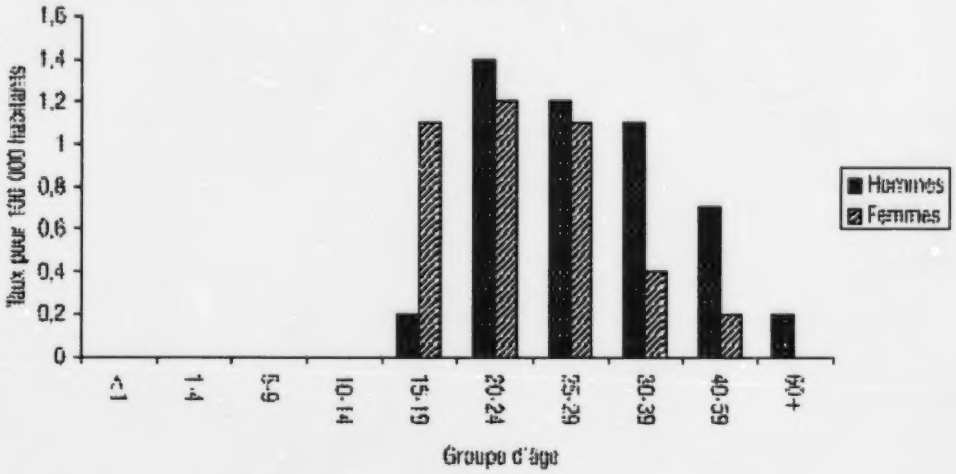
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 13
Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

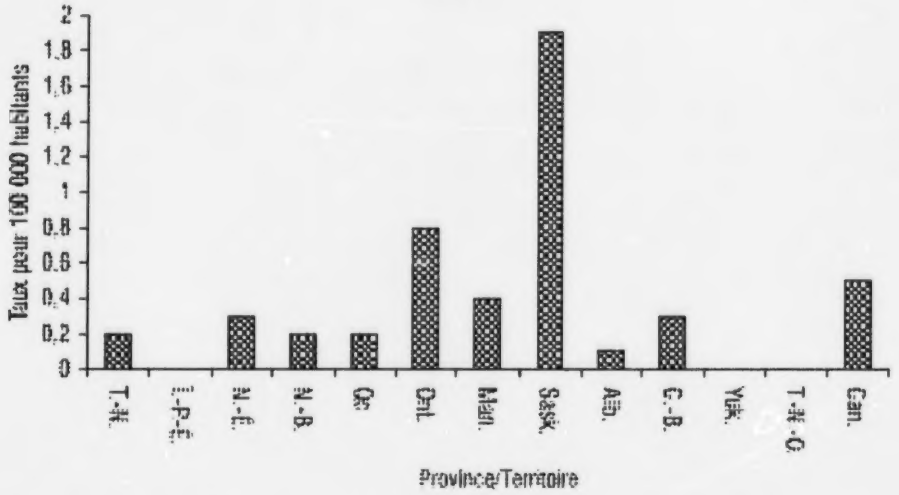
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 14
Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

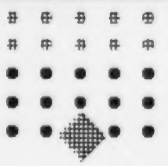
Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English



[Table des matières]

Syphilis

La syphilis est causée par le spirochète *Treponema pallidum*. La maladie évolue par étapes : primaire, secondaire, latente précoce, latente tardive et tertiaire (syphilis cardiovasculaire, syphilis gommeuse, neurosyphilis)[16,17]. Il existe deux grandes classifications de la syphilis : d'après ses manifestations cliniques ou son infectiosité. La classification clinique distingue différents stades successifs : symptomatique précoce (syphilis primaire et secondaire) et autres formes de syphilis (latente précoce, latente tardive et tertiaire). La classification fondée sur le degré d'infectiosité distingue la syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente précoce), la syphilis non infectieuse (latente tardive et tertiaire) et la syphilis congénitale. La méthode la plus utile aux fins de la surveillance est la classification fondée sur le degré d'infectiosité, qui permet d'estimer le risque de transmission de la maladie[16,17]. Avant 1993, le LLCM recevait des données agrégées par catégorie clinique. Dans le présent rapport, les diverses formes de syphilis sont classées selon leur degré d'infectiosité.

Syphilis infectieuse

La syphilis infectieuse est définie dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada[16] comme étant le résultat d'un contact avec un sujet infectieux, contact qui peut être associé à la transmission de la maladie. La syphilis latente précoce entre dans la catégorie des maladies infectieuses car elle peut être transmise à des contacts lors de récidives. La figure 11 indique le nombre de cas déclarés de la syphilis infectieuse, selon l'âge et le sexe, au Canada en 1995.

En 1995, le taux de syphilis infectieuse au Canada s'établissait à 0,5 cas pour 100 000 habitants. Ce taux est demeuré pratiquement inchangé depuis 1993. Le taux dans la population masculine a progressé entre 1993 et 1994 pour ensuite retomber à son niveau antérieur en 1994-1995; la variation dans l'ensemble est donc nulle. Entre 1993 et 1995, le taux chez les femmes est passé de 0,5 à 0,4 cas pour 100 000, soit une diminution de 20 % (figure 12).

Soixante-deux pour cent des cas signalés étaient des hommes et 38 %, des femmes (annexe 1); 64 % étaient âgés entre 20 et 39 ans. Les hommes de 20 à 24 ans affichaient le taux le plus élevé, à savoir 1,4 cas pour 100 000 habitants de sexe masculin. Le taux le plus élevé dans la population féminine a été relevé chez les 20 à 24 ans (1,2 cas pour 100 000). On n'observait aucune différence significative dans l'incidence entre les femmes de 15 à 19 ans et celles de 25 à 29 ans. Les deux groupes présentaient un taux de 1,1 pour 100 000 (figure 13).

À l'échelle régionale, la Saskatchewan a enregistré un taux de syphilis infectieuse de 1,9 cas pour 100 000. L'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest n'ont fait état d'aucun cas de syphilis infectieuse en 1995 (figure 14).

Syphilis non infectieuse (syphilis, autre)

Cette catégorie a été modifiée en 1993 pour englober les cas de syphilis latente, tertiaire et non précisée.

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

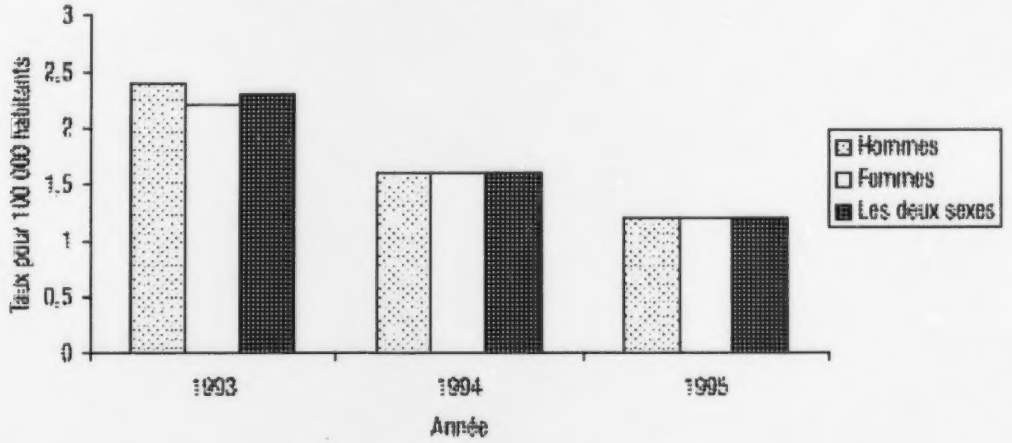
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 15
Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

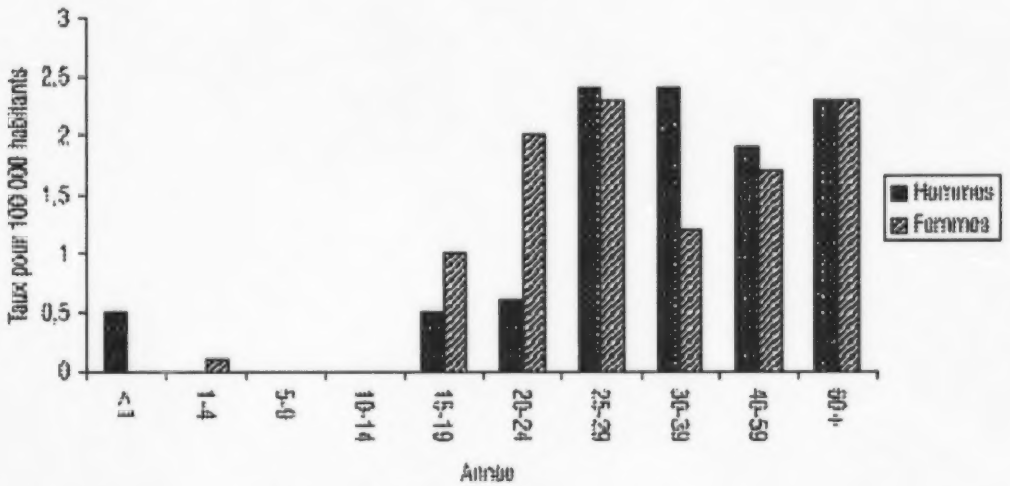
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 16
Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

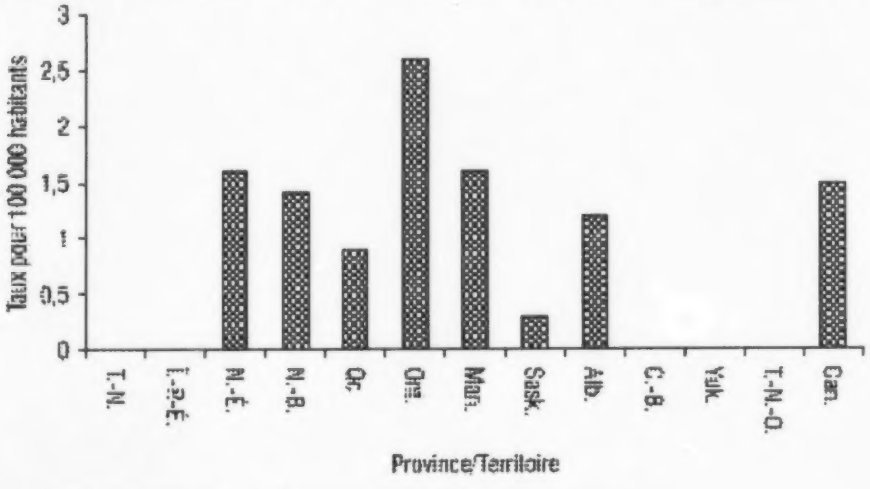
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 17
Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

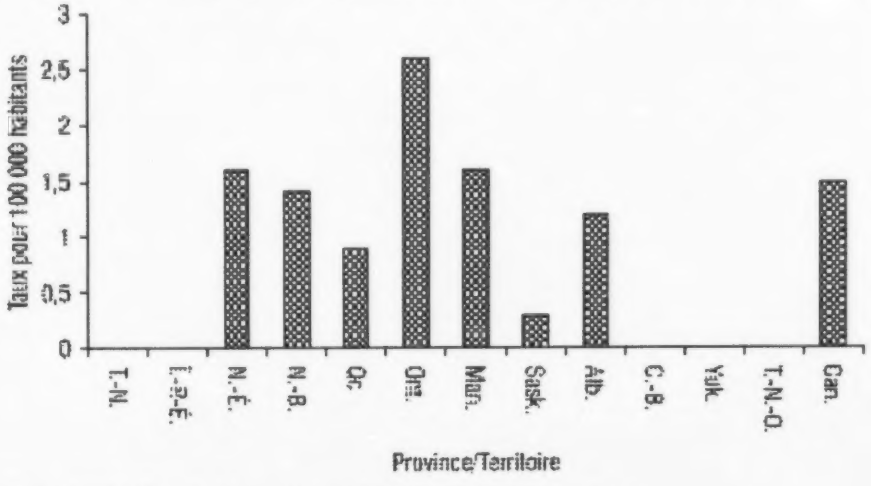
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 17
Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

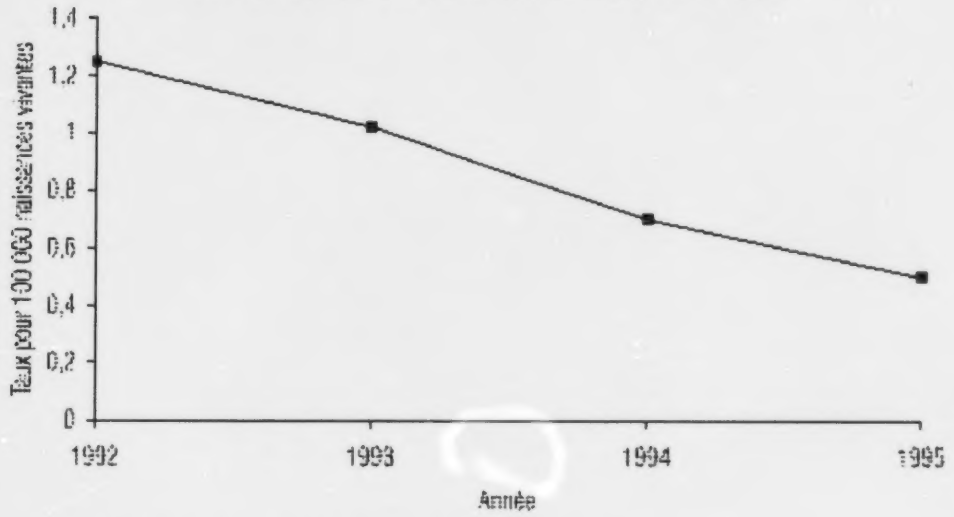
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 18
Incidence de la syphilis congénitale chez les nourissons (<1 an) : cas signalés pour 100 000 naissances vivantes, Canada, 1992-1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

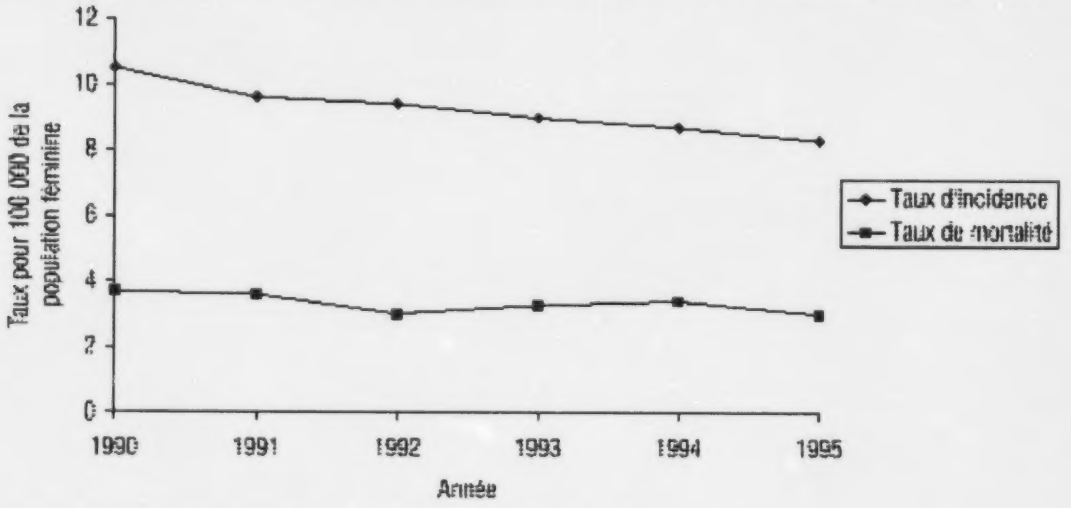
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 19
Cancer du col utérin : incidence et mortalité pour 100 000 femmes, Canada, 1990-1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

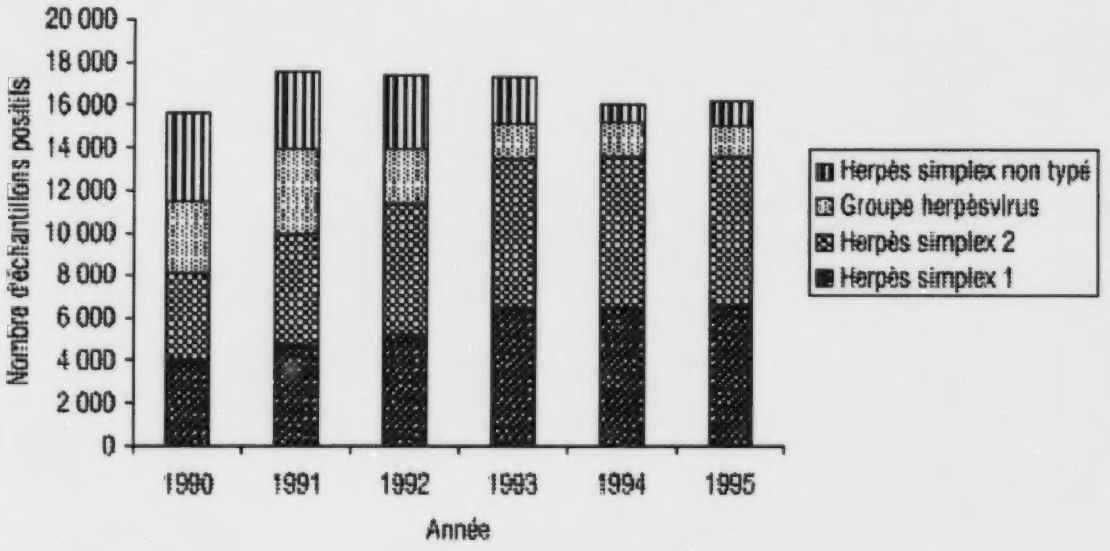
Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

Figure 20
Nombre d'échantillons positifs pour le virus de l'herpès selon le type, Canada, 1990-1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

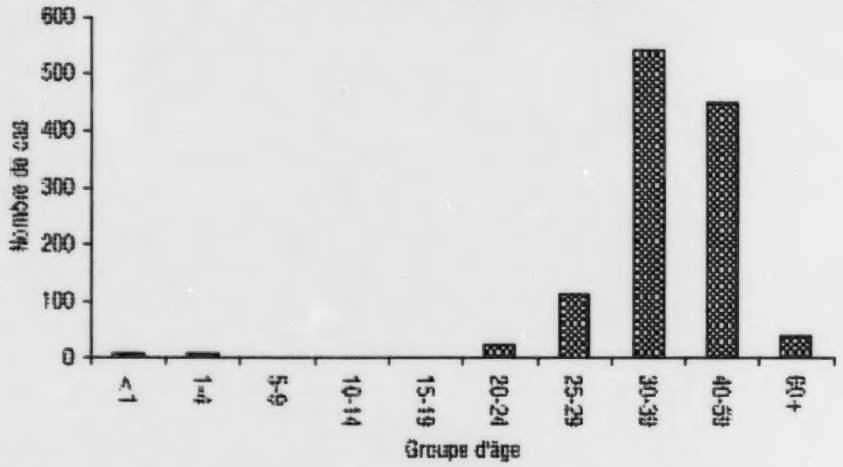
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 21
Le sida : cas signalés par groupe d'âge,Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

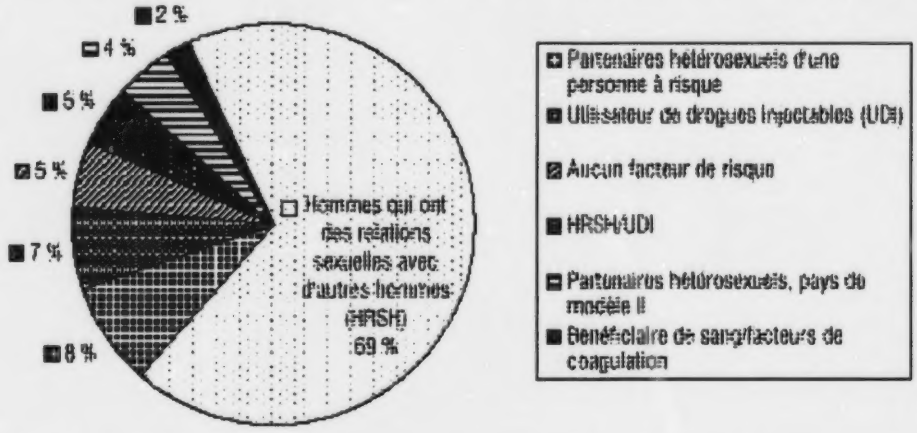
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 22
Cas signalés de sida selon la catégorie d'exposition, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

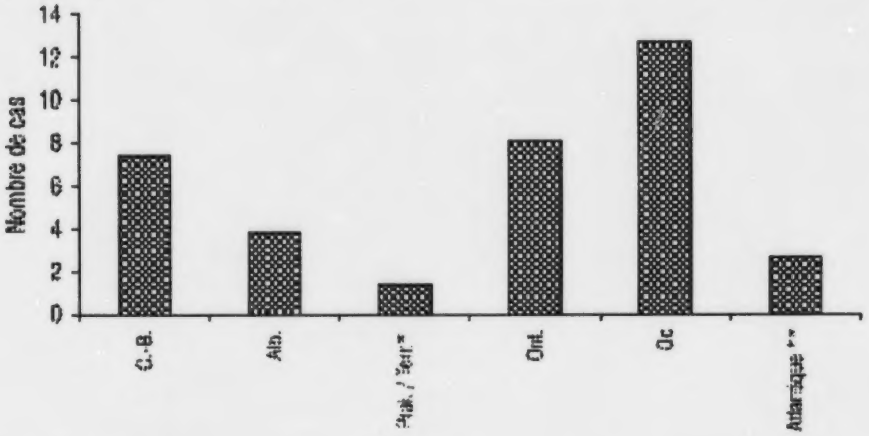
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 23
Incidence du sida : cas signalés pour 100 000 selon la région, Canada, 1995



* Comporte Saskatchewan, Manitoba, Yukon, et Territoires du Nord-Ouest
** Comporte Terra-Neuve, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick

Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Prochaine]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada

Santé Canada Health Canada *Direction générale de la protection de la santé*

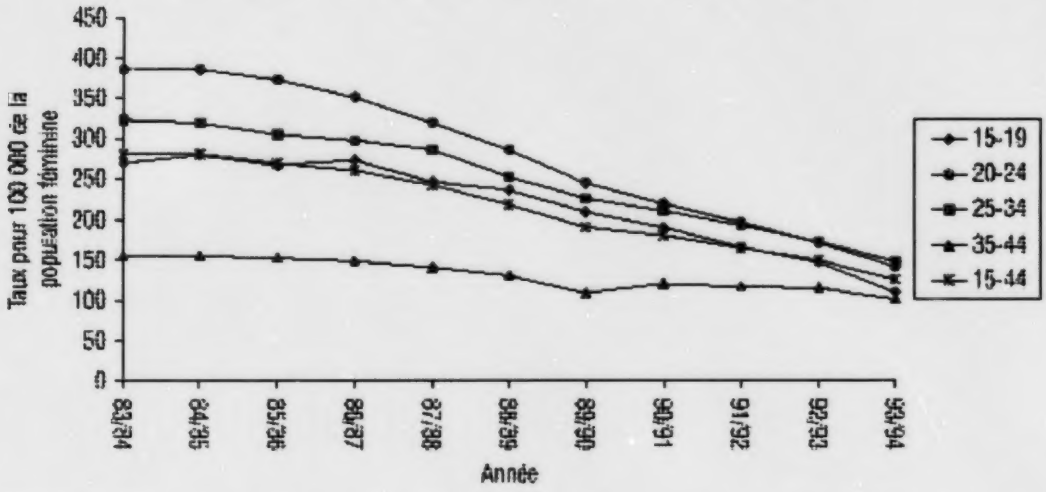
Laboratoire de lutte contre la maladie

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada
Rapport annuel de 1995

English

[Table des matières] [Liste des figures]

Figure 24
Congés des hôpitaux pour une atteinte inflammatoire pelvienne : taux pour 100 000 femmes selon l'âge, Canada, de 1983-1984 à 1993-1994



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

[Début de la page] [Précédente] [Table des matières]

[LLCM] [Contact] [English]

Dernière mise à jour le 13 février 1998

Canada